avril 2000 / no 10

des réflexions,
des pratiques autour
du champ des drogues
légales et illégales

dépendances

Médicaliser les dépendances: des effets secondaires?

Revue éditée par SFA ISPA GREA

dépendances

avril 2000 / no 10

3

Editorial

Michel Graf

4

Enjeux sociaux de l'accompagnement des toxicomanes

Anne Dentan

8

A chaque dépendance son médicament?

Jacques Besson

12

«Il n'y a pas de problèmes, il y a des solutions»

Témoignage de Lucky

15

Prescription d'héroïne: une combinaison nécessaire d'approches diverses

Nicole Stuzmann - Martin Hosek - Philippe Lehmann

20

Le renard et la cigogne ou la collaboration entre médecins et travailleurs sociaux

François Pilet

22

Un parcours thématique

Témoignage de Christophe

26

La méthadone, un levier important pour une prise en charge efficace des héroïnomanes

Jean-Jacques Déglon

31

Cours, formation

Impressum

Adresse des éditeurs:
Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA,
Ruchonnet 14,
case postale 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies,
GREAT, Pêcheurs 8, case postale 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction:
Rédacteurs:
Michel Graf, ISPA
Gérald Progin, GREAT

Comité de rédaction:
Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements:
ISPA, case postale 870,
1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85,
fax 021/321 29 40

Parution: 3 fois par an

Abonnement:
Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur

Les titres et sous-titres sont de la rédaction

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

Graphisme:
Christine Matthey, Lausanne

ISSN 1422-3368

Editorial

Michel Graf,
directeur-adjoint de l'ISPA,
co-rédacteur,

Evoquer la médicalisation des dépendances, c'est parler de la place du médicament dans l'approche thérapeutique, de l'image du médecin et du travailleur social dans cette dynamique, c'est aborder la nécessaire collaboration entre deux cultures professionnelles dont l'objectif commun est le rétablissement du patient, client ou usager. Tout est question ici de définitions et d'approches. Le médecin prescrit, le travailleur social accompagne; c'est en tout cas la caricature qu'on veut bien faire de ces deux professions.

Cependant, lorsqu'on a dit médicament, a-t-on tout dit? De quels médicaments parle-t-on? Méthadone, héroïne, disulfiram, naltrexone, acamprosate, et bien d'autres encore? Et puis, lorsqu'on dit accompagnement, a-t-on dit l'essentiel? Quels objectifs poser, à quel rythme accompagner, seul ou en collaboration avec des partenaires? Qu'en pensent les principaux concernés, les personnes ayant autant bénéficié des soins des médecins que des travailleurs sociaux, avec et/ou sans médicaments?

A ces différentes interrogations, les auteurs invités à s'exprimer dans ce numéro de "dépendances" nous apportent des réponses empreintes d'une indéniable touche d'optimisme. Leur volonté de se mettre en réseau est évidente; leurs constats de complémentarités indispensables est réjouissant. Tous insistent sur la nécessité de se parler, d'intégrer les besoins du patient dans leurs approches, de se considérer les uns les autres comme des acteurs agissant ensemble, en parallèle. L'objectif commun, identifié par les deux corporations, vise à trouver le chemin de la réinsertion sociale, facteur de réussite du traitement. Dans cette perspective, tout le monde s'accorde à dire que les approches substitutives montrent leur utilité dans la reconstruction sociale de l'individu, lui donnant ainsi une motivation supplémentaire à ne plus – ou ne pas – consommer.

Les deux témoignages publiés dans ce numéro sont à cet égard éloquents: tout en considérant que médecins et travailleurs sociaux leur ont apporté des solutions jugées après coup trop faciles - aide sociale "immédiate", substitution "laxiste" - ils nous montrent que ces acteurs de l'ombre leur ont permis de mettre en place, à leur rythme, des projets de vie imaginables désormais sans consommation de produits.

En définitive, la question n'est plus de savoir s'il faut médicaliser les dépendances mais de connaître l'exacte posologie du médicament, afin que celui-ci n'occulte pas le vrai projet thérapeutique: la réinsertion sociale et le mieux-être de la personne.

Enjeux sociaux de l'accompagnement des toxicomanes

Anne Dentan, co-responsable de Re'lier, Lausanne

On peut illustrer la médicalisation des dépenses liées au "traitement" de la toxicodépendance par le symbole du certificat médical[1]. Même si tout le monde sait que c'est une béquille transitoire liée à des problèmes de financement qui doivent être clarifiés, cette réalité, même ponctuelle, a une forte portée symbolique: c'est à des médecins, inscrits dans une problématique du soin et de la pathologie, qu'il appartient aujourd'hui de se prononcer sur une problématique sociale de réinsertion qui relève pourtant d'une autre lecture.
Comprendre et mettre à plat les enjeux sociaux dans la conception générale de prise en charge des toxicomanes nécessite tout d'abord d'en rappeler les prémisses: quelle est la finalité du travail social? et quelles sont les personnes vers lesquelles il se tourne?

De la perspective du travail social…

La finalité du travail social est de remédier aux défectuosités de la vie en collectivité en portant une attention particulière aux populations les plus fragiles, en favorisant leur accès aux ressources: assurances sociales, aide sociale ou éducative (…). Le travail social participe à la création de nouvelles formes d'aide et de services collectifs correspondant aux problèmes sociaux du moment: lutte contre les fragmentations sociales en cours, gestion des conséquences de la dualisation de la société produisant de l'exclusion de manière quasi endémique [2].
Assistant ou assistante sociale, éducateur ou éducatrice, tous sont porteurs du lien social; ils-elles se soucient du lien d'appartenance à la collectivité ainsi que du devoir de solidarité de celle-ci à l'égard de ses éléments les plus fragiles. Ce lien d'appartenance se conjugue à plusieurs dimensions, économique (travail et ressources), sociale (liens familiaux, amicaux et institutionnels) et symbolique (représentations sociales en fonction des normes et des valeurs)[3].
Le-la travailleur-se social-e est aussi cette instance critique qui considère les fragilités des personnes à qui il-elle a à faire dans leur rapport avec l'environnement social et le contexte politique et économique du moment. En ce sens, l'action sociale n'a pas seulement pour tâche de réparer les carences ou insuffisances dans une perspective individuelle, mais aussi de mettre en évidence celles, structurelles, qui contribuent à les produire.
Si l'on se place dans le contexte de l'intervention auprès des toxicomanes, cette perspective générale a plusieurs conséquences dans la lecture du problème.
D'abord, les toxicomanes "visibles", celles et ceux que la consommation abusive, voire compulsive, a mis dans une situation de fragilité et de précarité sociale, se trouvent dans une position de marge,… comme d'autres, chômeurs-euses de longue durée, personnes sans domicile fixe, familles paupérisées, etc. A cela près que les conditions d'illégalité de la consommation agissent comme facteurs aggravants.
Par ailleurs, la toxicodépendance apparaît comme un élément parmi d'autres, même si, dans le cas particulier, elle est devenue *une ligne biographique dominante*[4]. Raison pour laquelle, outre le rapport problématique au produit, la place qu'occupe la personne dans son environnement social, les ressources qu'elle peut mobiliser sont essentielles à identifier puis à traiter.
C'est bien dans la médiation entre contraintes collectives et possibilités individuelles que se construit l'action sociale, une médiation qui aborde la question sous l'angle des droits et des devoirs: apprendre à faire avec l'existant (apprentissage des normes sociales), mais aussi rappel des droits, notamment celui d'avoir une place…

... à son destinataire

S'agissant de personnes dont la consommation de produits toxiques est devenue problématique, l'intervention sociale s'adresse aux plus faibles, c'est-à-dire à

celles et ceux qui manquent de ressources pour faire face à ce problème. Pour reprendre les termes de l'ASEMO[5] décrivant les personnes avec lesquelles et pour lesquelles l'équipe travaille: *Ils sont proches de nous et pourraient être presque nous. La différence, c'est que nous, gens ordinaires, réussissons à nous rattraper, ou à nous renormaliser après une épreuve, un ratage, un coup dur. Eux, souvent, ils ne s'en sortent plus. Après une maladie, une transgression, une échappée, une séparation, un chômage, après toutes les misères de la vie ordinaire, ils descendent juste au-dessous du seuil de la vie normale et ils sont condamnés à y demeurer. Ils sont en général sans éclats, anonymes, hors mode, sans projecteurs d'actualité, dans la grisaille de la banalité. Et surtout, ils sont seuls.*

Diverses recherches ont mis en évidence que les "auto-rémissions" ou, plus modestement, la maîtrise relative d'une consommation à risques doivent beaucoup au capital de ressources qui peuvent être mobilisées, - relations, informations, appuis familiaux, espace de valorisation personnelle et professionnelle[6]. On reste là dans l'ordre de la sphère privée, qui est du ressort des choix et des stratégies individuels.

Pour ceux des toxicomanes dont la dépendance aux drogues illégales est devenue par trop problématique, les effets sont tels que la consommation, tout comme le mode de vie, ont échappé à la sphère privée. Malade, exclue ou délinquante, la personne endosse une identité sociale[7] dont les marqueurs sont les institutions et les services vers lesquels elle s'est tournée ou a été adressée. C'est au nom de cette réalité que les intervenant-e-s des divers champs professionnels vont avoir à confronter, composer, ajuster leurs perspectives et leur représentation du problème… C'est dans cette configuration qu'il faut comprendre la figure du "citoyen", figure lointaine qui se projette au-delà des représentations liées aux catégories de lectures des professionnel-le-s.

L'accompagnement socio-éducatif

L'approche bio-psycho-sociale des addictions prétend prendre en compte l'ensemble des paramètres permettant une amélioration globale de la qualité des vies tant sur les plans sanitaire que social. On parlera de collaboration interdisciplinaire, chacun rappelant les nécessaires complémentarités des approches et, surtout, l'absolue nécessité de définir tout projet d'aide avec la personne concernée. Et c'est évidemment aux traitements à la méthadone que l'on pense d'abord.

Dans ce contexte, parler de la tendance à la médicalisation du problème des addictions, c'est constater la prééminence du produit (ici, le médicament) dans le dispositif thérapeutique, et la prééminence de la notion de traitement sur le reste de la prise en charge:

- du point de vue de l'offre de prise en charge (grand nombre de cures à la méthadone),
- dans la perspective épidémiologique qui définit des pathologies,
- dans la définition des indicateurs qui font la "guérison" des toxicomanes.

Dit autrement, la médicalisation du problème des addictions, c'est moins ce que l'on fait ou ce qui est offert (la complémentarité des approches est à l'ordre du jour) que le discours sur le problème lui-même, c'est-à-dire l'instance à qui revient socialement le rôle de l'expertise et de la définition du problème.

L'intervention socio-éducative...

C'est peut-être en raison de la multiplicité de ses terrains d'intervention que l'action sociale auprès des toxicomanes a tant de peine à se dire et à être perçue comme une entité en soi. Les travailleurs-ses sociaux-ales traversent l'ensemble du réseau de prise en charge, des structures seuil bas les plus accessibles aux centres de traitement vers l'abstinence. Ils-elles accompagnent dans la durée, font des liens avec d'autres institutions agissant à la fois comme passeurs et compagnons, travaillant à la résolution des problèmes liés à la vie quotidienne ainsi qu'à la restauration des compétences sociales.

On est en effet frappé de la diversité des lieux où ils-elles agissent:

- éducateurs-trices de rue, ils-elles passent dans la rue, les bistrots et les appartements;
- animateurs-trices des centres d'accueil à seuil bas, ils-elles proposent une halte, un lieu d'ancrage, une possibilité de démarrage, un espace d'écoute;
- actifs-ves dans un centre de traitement ambulatoire, ils-elles vont accompagner la personne dépendante dans ses démarches de réinsertion dans le cadre de la prise en charge thérapeutique; ils-elles vont collaborer étroitement avec le-la médecin dans une perspective de soutien, souvent sur la base de contrats tripartites;
- inséré-e-s dans une structure résidentielle, ils-elles accompagnent dans le quotidien des personnes qui souhaitent opérer un changement sur soi (dans une voie de réinsertion, vers l'abstinence).

Outre ces "spécialistes", au sens où ils-elles travaillent essentiellement auprès des toxicomanes, les assistant-e-s sociaux-ales des services sociaux généralistes occupent une place importante: attribution d'une aide déterminée par des critères formels et légaux (aide sociale, RMR), intermédiaires et artisans d'une prise en charge de l'AI, porteurs de mandats de surveillance ou de tutelle…

Enfin, on notera l'importance de l'action bénévole dans l'aide aux toxicomanes. L'intention générale de "réparation" propre à l'action sociale est relayée par l'initiative privée qui monte des projets là où elle estime que l'Etat fait défaut[8]. Lorsque le besoin est reconnu, des subventions sont accordées et l'action se professionnalise alors. Cette présence forte de non professionnel-le-s - impensable dans le champ médical - contribue à rendre opaque ce qui borne et définit l'action des professionnel-le-s dans le domaine.

…dans un contexte changeant

Le travail social participe à la création de nouvelles formes d'aide et de services collectifs correspondant aux problèmes sociaux du moment [9]. Parce qu'il-elle doit porter une attention particulière aux nouvelles précarités et à ce qui les détermine, le-la travailleur-se social-e a aussi un rôle de vigilance critique et de propositions. C'est ainsi qu'on peut comprendre la lente émergence du concept d'aide à la survie et de réduction des risques, développée au moment où la reconnaissance de l'épidémie du sida mettait en évidence les dangers mortels que couraient alors les consommateurs-trices d'héroïne injectée. La mise à disposition de seringues propres a largement été le fait de travailleurs-ses sociaux-ales même si le problème relevait d'une nécessité de santé publique. La question des lieux

d'injection s'est développée dans des termes similaires.
Cette recherche d'une réponse pressante aux problèmes relevant de la "zone" a beaucoup déchiré les intervenant-e-s sociaux-ales entre eux, parce que leurs logiques d'actions étaient déterminées par des terrains très différents (travail de rue/communauté thérapeutique, par exemple). L'évolution spectaculaire des traitements de substitution (indications, objectifs thérapeutiques)[10] s'inscrit dans ce contexte comme une réponse qui s'est progressivement adaptée à des demandes et à des situations très diverses (stabilisation, maintenance, sevrage). Aujourd'hui c'est comme si, avec beaucoup de doutes et de questions en suspens, le problème de la santé des toxicomanes était à la fois provisoirement résolu tout en ayant pris le devant de la scène.
Toutefois, le problème de l'insertion demeure. Il s'est même aggravé puisque les interstices permettant à des "petites mains" de travailler ponctuellement se sont progressivement bouchés. A la sortie de la scolarité, déjà, les filières de formation posent des critères d'accès de plus en plus exigeants. En aval, on a déjà signalé le chômage de longue durée. Les éducateurs-trices qui pouvaient placer relativement facilement des usager-ère-s dans des entreprises amies ont maintenant de plus en plus de mal. Les premiers ateliers de réinsertion ont été mis en place il y a vingt ans. Il s'agissait alors d'offrir des espaces intermédiaires permettant aux personnes en difficulté de réapprendre le travail, ses exigences et ses rythmes avant de rejoindre le "vrai" monde du travail et, à partir de là, une forme d'intégration. Aujourd'hui, la "journée vide" est devenue un sujet de préoccupation central, posant le problème de la formation et de l'occupation comme des questions majeures. Et c'est parce que les solutions sont difficiles, dépendant de facteurs extérieurs et structurels, que la question de l'insertion est décourageante. Tout en parlant de projets de vie et d'avenir - parce que c'est bien là que se profile la "guérison", la vraie…- les travailleurs-ses sociaux-les se trouvent singulièrement démuni-e-s parce que les solutions évoquées avec les usagers se heurtent à des obstacles institutionnels et administratifs de toutes sortes.
*L'ex-toxico, c'est comme un émigré…*dit André Féret, directeur de l'Association du Relais. L'émigré, c'est celui qui a rompu avec son milieu d'origine, est allé voir ailleurs et, revenant chez lui, trouve les siens changés… ou parce qu'il a changé. Une fois "guéri", maintenant qu'il a coupé les liens avec ceux du milieu de la consommation, vers quels autres se tourner? Question centrale de la post-cure. La solitude, c'est le serpent de mer, posé avec insistance. Si le travail devient une solution improbable, que proposer d'autre? L'initiation à des activités créatrices, culturelles, l'invitation à fréquenter des clubs, sport, hobby, tout cela est bel et bon: est-ce reconnu comme valable par celles et ceux à qui c'est destiné? Est-ce que ce sont des options financièrement admissibles? *La chaîne: précarité, misère, mépris, perte symbolique de l'utilité sociale, mise en cause de l'identité personnelle, retrait social, difficulté à trouver un emploi (…) se referme sur elle-même dans une circularité difficile à rompre* [11].

L'accompagnement: avant, pendant, après…

Le terme même introduit déjà la notion de durée; l'accompagnement, c'est d'abord une présence active pour l'aider à redevenir acteur de sa vie.
L'accompagnement social s'inscrit très concrètement dans le quotidien des gens, en tenant compte de leurs ressources propres, de celles de l'environnement direct, et des problèmes qui se posent journellement. Qu'ils-elles travaillent en résidentiel, en milieu ouvert ou comme éducateurs-trices de rue, les travailleurs-ses sociaux-ales sont confronté-e-s à tout ce qui relève de la vie ordinaire: habiter, manger, travailler, ou trouver un travail, avoir des relations avec ses proches, avec sa famille, trouver des moteurs d'intérêt et s'y investir… donner un sens à la vie.
Dosage difficile entre proximité et distance; incitation à faire, faire avec et ne pas faire à la place…
Rôle de médiation, d'intermédiaire avec les gérances, les services sociaux, l'administration, le réseau de soins, la famille, les employeurs.
Risques à prendre, aussi…
Elle avait un CFC pour un métier qui ne l'intéresse plus; elle veut se lancer dans le théâtre: l'accompagner dans ce souhait et la confronter à ce qui est réalisable et ce qu'elle pourrait faire? Adopter une ligne dure, en accord avec le RMR? Pas de réponse toute faite, une option à prendre, quitte à ce que vous échappe ce que vous aviez lentement mis en place.
Le bail arrivait à échéance, il le savait depuis trois mois, ne faisait rien, se trouve pris à la gorge, il doit partir… Le replacer dans un appartement d'urgence? Le laisser à la rue, le temps qu'il mesure les effets du non faire?
Elle veut récupérer son enfant qui se trouve dans une famille d'accueil: apprivoiser cette possibilité, organiser des week-ends chez la mère, rencontrer le tuteur, la psychologue, la famille d'accueil, préparer l'arrivée, soutenir la mère quand l'enfant est là, apprivoiser le quotidien (et la crainte de la mère qu'à dire non à sa fille, elle sera rejetée…).
Combien de temps pour installer tout cela? Comment calculer, qualifier la somme des petits actes qui conduisent à une situation normalisée?
Paradoxes des contraintes extérieures:
Il veut reprendre une vie normale, être en règle, être en ordre. Alors, organiser un plan de désendettement, boucler le budget et arriver à moins que le minimum vital…
Jusqu'à présent, elle avait géré seule sa toxicomanie; mais elle voyait les dérapages constants, les risques de dérive. Elle veut se reprendre en main et demande son entrée dans un foyer résidentiel. Accord, de part et d'autres. Mais, pour le financement du séjour, elle a besoin d'un certificat médical… prouvant qu'elle est dans l'incapacité de travailler, alors même qu'elle travaille encore, et que cela représente une survie.
Le reclus, autre figure de la solitude, c'est la personne, dont le traitement à la méthadone est devenu chronique, et qui n'a pas trouvé de quoi investir ailleurs. *Il sort une fois par semaine chez son médecin, une fois chez l'assistant social pour toucher l'aide sociale. Bientôt, avec la rente AI, il n'aura plus besoin de sortir qu'une fois. Pour le reste, il descend dans la station-service du bas, acheter des plats surgelés.*

Pour conclure

L'insertion, une tarte à la crème? C'est pourtant un objectif qui est dit et reconnu dans le système des quatre piliers. Mais il faut le chercher entre les lignes:

- Diluée dans le pilier "Aide à la survie et réduction des risques", l'insertion en constitue le troisième paramètre, après la remise de seringues, après les lieux d'accueil et les lieux d'injection. Le manuel de l'OSEO a mis en évidence le problème ainsi que des solutions existantes[12]. Toutefois, ces solutions, parce qu'elles s'inscrivent dans l'aide à la survie, ne sont pas satisfaisantes dans le

long terme.

- Dans le pilier "Thérapie", la réinsertion sociale des anciens toxicomanes est posée comme un objectif relevant de la compétence des cantons et souffrant, pour le moment, d'un certain nombre de lacunes…

Tant qu'elle ne sera pas posée comme un vrai problème, la question ne sera pas traitée en tant que telle.

En ce sens, la tendance à la médicalisation est symptomatique d'une forme de facilité: à limiter la problématique de l'addiction à la seule étape du traitement et/ou à une forme de handicap, on supprime les possibilités réelles d'intervenir dans le champ social.

L'insertion sociale des toxicomanes soulève en effet une difficulté majeure parce qu'elle fait exploser la catégorie des "drogués" dans celle, plus large, des personnes marginalisées en quête d'une improbable utilité sociale.

Elle pose aussi la question de la formation et de l'accès à la formation, pour des personnes dont la carrière scolaire a été gravement perturbée par l'entrée en toxicomanie.

Références

1. L'AI assume une part importante du financement de la réinsertion /réhabilitation des personnes toxicomanes. Or, depuis 1997, l'OFAS a modifié ses conditions. Il ne verse des subventions collectives qu'aux client-e-s pouvant attester d'une atteinte à la santé ayant pour conséquence une diminution durable de la capacité de travail justifiant des mesures de réadaptation sous forme d'une institution thérapeutique. Pour savoir si elle doit subventionner le séjour, l'AI demande maintenant, par le biais d'un questionnaire médical, une attestation décrivant les manques/déficits de la personne et précisant si ces troubles sont pré-existants ou consécutifs à la toxicomanie.

2. Dictionnaire suisse de politique sociale, J-P. Fragnière et R. Girod, Réalités sociales, Lausanne, 1998, p. 206

3. La lutte des places, V. De Gaulejac, I. Taboada Léonetti, Hommes et Perspectives, Desclée de Brouwer, Paris, 1994, p. 54

4. Les sorties de la toxicomanie, Robert Castel, Editions universitaires Fribourg Suisse, 1998, p. 24 à 32

5. Action socio-éducative en milieu ouvert. L'équipe de l'époque a mené une réflexion collective sur son travail qui a conduit à la rédaction d'un livre: Juste l'ordinaire, E. Rohrer, E. Sommer, B.Trachsel, G. Ziegler, B. Crettaz, Editions d'En Bas, Lausanne, 1994, p. 8

6. Initiierung und Verlaufen Autoremissionprozessen bei Abhängigkeitprozessen, H. Klingemann, ISPA, Lausanne 1990, Les sorties de la toxicomanie, Robert Castel, Editions universitaires Fribourg Suisse, 1998, Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande, Groupe Femmes-Dépendances, ISPA, Lausanne, 1998

7. Stigmate, les usages sociaux des handicaps, Erwing Goffman, Editions de minuit, Paris, 1975,

8. Bénévolat mode d'emploi, Cl. Bovay, J-P. Tabin, R. Campiche, Réalités sociales, Lausanne, 1996

9. Dictionnaire suisse de politique sociale, J-P. Fragnière et R. Girod, Réalités sociales, Lausanne, 1998, p. 206

10. Méthadone: de l'histoire des traitements aux enjeux éthiques, Dr G. Eichenberger, Dépendances no 1, mai 1997

11. La lutte des places, V. De Gaulejac, I. Taboada Léonetti, Hommes et Perspectives, Desclée de Brouwer, Paris, 1994, p.99

12. Du travail et un logement pour les personnes évoluant dans le monde des drogues illégales, le nouveau manuel pour la mise sur pied de centres d'aide à la survie, Bureau de promotion Travail et logement sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, OSEO, Fribourg.

A chaque dépendance son médicament?

Dr Jacques Besson, privat-docent, maître d'enseignement et de recherche, médecin-chef, Division d'abus de substances, Université de Lausanne

En plein essor des neurosciences et de découvertes sur le génome humain, le cerveau entrouvre quelques portes, laissant entrevoir des pistes passionnantes pour l'étude et le traitement des dépendances. Que ce soit par l'expérimentation animale ou l'imagerie diagnostique, par la psychopharmacologie ou l'épidémiologie psychiatrique, les sciences de la vie se rapprochent inexorablement des sciences humaines. On parle déjà de psychobiologie...

Des drogues anti-drogues?

L'étude des neurotransmetteurs impliqués dans les mécanismes physiologiques comme dans les pathologies a permis de mieux connaître la messagerie neuronale, et par là-même le rôle des substances psychotropes sur les récepteurs. De plus, l'anatomie fonctionnelle du système limbique, le cerveau des émotions, donne des informations précieuses sur la pensée archaïque, l'intelligence émotionnelle, lieu des affects, des émotions, des mémoires primitives, des mécanismes d'appétence ou de satiété, de plaisir et de peur, etc.

L'effort collectif fourni par la communauté scientifique internationale pour déchiffrer le génome humain va profondément bouleverser notre vision du monde ces prochaines années: en effet, notre compréhension des mécanismes de l'hérédité se modifie au fur et à mesure des découvertes sur l'expression des gènes et aussi sur leur non-expression. Ainsi, on comprend de plus en plus l'homme et son environnement comme étant en interaction, dont les gènes gèrent l'interface. Reste à savoir qui dispose de quels gènes, et si ceux-ci s'expriment oui ou non, dans tel ou tel contexte. Il y a encore beaucoup de pain sur la planche... et de la place pour la recherche clinique qui étudie sur le terrain des populations réelles d'individus humains en situation concrète, dans toute leur complexité.

Un piège lié au développement de ces connaissances consisterait à croire que les avancées thérapeutiques viendront de la biologie seulement: ce serait répéter le malentendu que de croire que la toxicodépendance est liée aux substances elles-mêmes, en dehors des considérations sur le sujet et son contexte. La recherche ne peut qu'être intégrative dans le domaine de la psychopharmacologie: on étudiera des populations cliniques avec des nouveaux médicaments en utilisant une méthodologie adaptée à la complexité du domaine.

A ce jour, la question des drogues anti-drogues se pose de la manière suivante: Existe-t-il une pharmacothérapie des dépendances et si oui sur quelle base conceptuelle?

Définir le patient

La population dépendante est très hétérogène, il est impossible de dire "un alcoolique" ou "un toxicomane", car on n'a aucune idée de ses caractéristiques personnelles qui peuvent varier à l'infini d'un individu à l'autre. En médecine de l'addiction, il faut poser un diagnostic à 5 dimensions:

- Diagnostic somatique: état de santé physique, infections, etc.
- Diagnostic psychiatrique: selon les classifications CIM 10 ou DSM IV en définissant abus, dépendance et comorbidité psychiatrique (troubles bipolaires, schizophrénie, etc.)
- Diagnostic psychologique: stade motivationnel, mécanismes de défense, vision du monde, discours intérieur, etc.
- Diagnostic de crise: pourquoi le patient consulte-t-il maintenant? (crise

dans l'environnement et crise intra-psychique).
• diagnostic de ressources: quelles sont les zones saines sur lesquelles s'appuyer pour le traitement?

Dans le domaine de la recherche, il faudra encore confirmer ces diagnostics cliniques par des questionnaires et des échelles standardisés, comme par exemple l'Addiction Severity Index (ASI) ou le Recovery Attitude and Treatment Evaluator (RAATE) ou encore des mesures de qualité de vie (SF-36), etc.

Définir le traitement

Une fois la population mieux caractérisée, il reste encore à définir le traitement. La pharmacothérapie à l'étude est-elle accompagnée ou non de mesures psychothérapeutiques? Le médicament étudié est-il prescrit en ambulatoire ou dans le cadre d'une institution socio-éducative plus ou moins résidentielle? Quelles sont les mesures psycho-sociales d'accompagnement vers une réhabilitation socio-professionnelle? La famille participe-t-elle au processus de traitement? Comment la médication est-elle prescrite, avec quelle information, quel contrôle de la compliance?

Définir le résultat

Une fois la population mieux caractérisée et le traitement mieux défini, il faut encore s'assurer que les objectifs du traitement psychopharmacologique ont été correctement établis à l'avance, sinon les résultats seront difficiles à interpréter dans l'après-coup.
Visait-on une réduction de la symptomatologie, une diminution des méfaits, une réduction de la consommation ou une abstinence? Visait-on des objectifs de comorbidité ou la dépendance elle-même, comment a-t-on fait la part des choses, notamment pour définir les troubles primaires ou secondaires à la dépendance?
Quelle méthodologie de recherche a-t-elle été utilisée pour apporter une preuve de l'efficacité des médicaments? L'échantillon de patients est-il assez grand, est-il représentatif? La méthodologie a-t-elle été prospective, avec un groupe contrôle, avec placebo? La durée du traitement a-t-elle été assez longue, ainsi que le suivi après l'arrêt du traitement? Quels ont été les instruments de mesure? Sont-ils valides? Quels ont été les critères de succès établis à l'avance, lesquels sont prioritaires? (contrôles d'urine, échelles de dépression, critères de rechute, etc).

Une pharmacologie des dépendances

Toutes les précautions décrites ci-dessus une fois prises au plan méthodologique, il reste à poser les bases d'une logique de recherche pour le développement de nouveaux médicaments afin de bien respecter les catégories d'agents pharmacologiques. Au stade actuel de la recherche en psychopharmacologie des dépendances, il n'est pas encore pertinent d'établir les catégories en fonction des différentes drogues; toutes les substances psycho-actives sont concernées par les pharmacothérapies catégorisées ci-dessous:

Vise-t-on une réduction de la symptomatologie, une diminution des méfaits, une réduction de la consommation ou une abstinence?

Photo Interfoto

Quels médicaments pour quelles causes?

• Agents pharmacologiques du traitement de sevrage
De manière générale, le sevrage d'une substance psycho-active montre le tableau inversé des effets de la substance en question: excitation pour les sédatifs, dépression pour les stimulants. Le sevrage des psychodysleptiques est encore mal connu. Le traitement du sevrage visera donc à rétablir l'équilibre dans le système nerveux central par des agents pharmacologiques pendant une durée limitée. Le traitement du sevrage alcoo-

lique est le mieux codifié et utilise les benzodiazépines. Le traitement du sevrage des opiacés se fait soit par baisse progressive d'agonistes des opiacés (méthadone, buprénorphine[1]), soit par des agents diminuant l'excitabilité (clonidine, carbamazépine). Le traitement du sevrage des stimulants (cocaïne, amphétamines) ne bénéficie d'aucun agent spécifique connu actuellement, les mesures thérapeutiques sont à ce jour essentiellement symptomatiques (repos, hydratation). Les médicaments anticonvulsivants semblent intéressants pour traiter le sevrage des polytoxicomanes, notamment s'ils sont également dépendants des benzodiazépines. Les traitements de sevrage peuvent être conduits ambulatoirement dans les situations simples à risque faible (patient entouré et motivé, dépendant d'une seule substance), sinon ils nécessitent une hospitalisation (antécédents d'épilepsie, de delirium, isolement, troubles psychiatriques, etc).

• Agents pharmacologiques pour le traitement des comorbidités psychiatriques

Selon les données épidémiologiques à disposition, plus de 70% de la population toxicodépendante et plus de 40% de la population dépendante de l'alcool présenteraient un ou plusieurs autres troubles psychiatriques, primaires ou secondaires à la dépendance. Cette comorbidité est à l'origine de beaucoup de malentendus sur de prétendus effets de médicaments pour le traitement des dépendances, notamment à propos des antidépresseurs. Ceux-ci ne devraient être prescrits que dans un cas de dépression confirmée après retrait des substances psycho-actives ou stabilisation par un traitement de substitution avec de la méthadone. L'expérience et les études épidémiologiques montrent que deux tiers des dépressions disparaissent chez les dépendants de l'alcool une fois sevrés et stabilisés. Toutefois, certaines dépressions sont persistantes, notamment chez les femmes, ou dans les deux sexes si on a affaire à un trouble bipolaire, ou un trouble dépressif récurrent.

De manière générale, les comorbidités psychiatriques doivent être traitées en parallèle aux dépendances, dans un dispositif de soins intégrés, avec la pharmacothérapie spécifique du trouble psychiatrique. Les troubles de la personnalité ne justifient pas à eux seuls de traitement pharmacologique.

Les états de stress post-traumatiques sont très fréquents dans la population dépendante et échappent régulièrement à l'attention des thérapeutes. Il s'agit pourtant de troubles où un traitement spécifique peut être utile (psychothérapies de soutien avec appoint d'antidépresseurs sérotoninergiques, approches corporelles).

• Agents aversifs et dissuasifs

Il s'agit d'une catégorie d'agents utilisés non pas pour leurs propriétés psychotropes, mais pour rendre la substance psycho-active soit désagréable (disulfiram, Antabus®, pour la dépendance à l'alcool), soit inefficace (naltrexone, Nemexin®, pour la dépendance aux opiacés). Le disulfiram et la naltrexone doivent être prescrits sur une base contractuelle chez des patients motivés. De plus, il est conseillé de prévoir la distribution des comprimés par une tierce personne neutre de confiance, dans un esprit de thérapie en réseau.

• Agents pharmacologiques diminuant l'appétence

Il s'agit là des nouveaux médicaments interagissant directement avec les structures du cerveau impliquées dans les mécanismes neurobiologiques de la dépendance. Il est commode de les grouper selon les hypothèses liées à leur mécanisme d'action:

- *Hypothèse glutamatergique*: le glutamate est un acide aminé excitateur répandu dans tout le cerveau, notamment dans le système limbique, qui est impliqué dans de nombreux processus, comme les processus d'apprentissage et de mémorisation. Il joue un rôle dans les processus d'excitation. L'acamprosate, Campral®, est un antagoniste partiel du glutamate et a fait ses preuves dans l'aide au maintien de l'abstinence chez l'alcoolique sevré dans des études contrôlées en Europe. On ignore son efficacité pour le maintien d'une consommation mesurée ainsi que son utilité dans d'autres indications que la dépendance à l'alcool.
- *Hypothèse opioïde*: on retrouve ici la naltrexone, Nemexin®, non plus pour son effet dissuasif, mais cette fois pour son effet antagoniste du système opioïde dans les dépendances. La naltrexone a prouvé son efficacité dans 2 études à 3 mois aux États-Unis chez des patients dépendants de l'alcool. Son efficacité a été évoquée mais non prouvée dans la dépendance à la cocaïne et chez les patients présentant des troubles alimentaires (anorexie-boulimie). La naltrexone peut augmenter les douleurs chez chroniques et nécessite un contrôle des tests hépatiques.
- *Hypothèse sérotoninergique*: la sérotonine est un neurotransmetteur largement répandu dans le système nerveux central qui est impliqué notamment dans la régulation de l'humeur. Une nouvelle génération d'antidépresseurs apparus depuis une dizaine d'années stimulent l'activité de ce système sérotoninergique. Chez l'animal de laboratoire rendu alcoolo-préférant, certains de ces antidépresseurs ont une capacité de diminuer l'appétence pour l'alcool. Mais ces résultats n'ont jamais pu être confirmés chez l'homme à ce jour. De plus s'ajoute le problème de la comorbidité entre dépression et addiction. La méthodologie de recherche utilisée pour tester ces médicaments sur la dépendance elle-même n'a pas tenu compte rigoureusement de ce problème jusqu'à ce jour. Dans la pratique, on déconseille de prescrire des antidépresseurs à un patient dépendant si un traitement de l'addiction n'est pas clairement entrepris.
- *Hypothèse dopaminergique:* la dopamine est le neurotransmetteur principal impliqué dans les mécanismes de récompense, de plaisir et de renforcement positif des comportements de recherche des drogues. De plus, un gène codant pour un récepteur à la dopamine a été associé à des populations sévèrement alcoolo-dépendantes. Mais la dopamine est impliquée dans beaucoup d'autres systèmes, comme le contrôle du mouvement, ou les psychoses. Plusieurs essais cliniques ont tenté de moduler l'activité dopaminergique chez les patients dépendants avec des médicaments spécifiques, mais sans succès notoire à ce jour. De plus, les populations étudiées consistaient en de petits échantillons, sur de courtes durées.
- *Autres hypothèses:* d'autres mécanismes ont été évoqués comme pistes de recherche pour les médicaments de l'avenir, comme les neuropeptides, des petites protéines qui commandent directement les neurohormones dans le cerveau végétatif. On a aussi évoqué des médicaments capables d'antagoniser la réaction hormonale au stress, car il a été démontré chez l'animal que le stress rend vulnérable aux drogues. Mais nous ne disposons pas d'études chez l'homme actuellement. On peut citer aussi des expériences avec des hallucinogènes comme tentative de traitement de la dépendance, sans preu-

ve scientifique valide. Enfin, est à l'essai une vaccination avec des analogues de la cocaïne chez des patients volontaires, dans l'idée de neutraliser la cocaïne en périphérie, avant qu'elle n'atteigne les récepteurs du cerveau.

Vers des traitements intégrés

Comme on le voit, la situation est complexe. On assiste à un foisonnement d'hypothèses et cibles possibles pour un traitement psychopharmacologique des dépendances. La systématisation des objectifs, des catégories d'agents et de la méthodologie de recherche s'améliorent progressivement. Toutefois, on est loin d'avoir à disposition des médicaments spécifiques efficaces pour chaque catégorie de substances psycho-actives. La complexité du domaine est telle qu'il est raisonnable d'imaginer que des drogues anti-drogues n'existeront probablement jamais au sens strict et étroit de l'approche pharmacologique pure.

Par contre, il est raisonnable de penser que l'axe biologique de la compréhension et du traitement des dépendances va encore faire des progrès spectaculaires ces prochaines années. Non seulement on peut s'attendre à voir de nouveaux agents dans les catégories décrites ci-dessus, mais encore de nouvelles catégories, agissant à d'autres lieux de la chaîne de la récompense, de la motivation, de la satiété, etc.

Ces renforts psychopharmacologiques seront particulièrement bienvenus pour venir en aide aux thérapeutes des différentes professions qui se heurtent aux résistances au traitement de ces patients dont une des composantes est justement la nature biologique. De plus, face aux nouvelles drogues de synthèse, il sera sans doute nécessaire d'avoir des agents pharmacologiques adaptés à disposition.

Enfin, il est nécessaire d'affirmer encore une fois les synergies que l'on peut attendre de la combinaison coordonnée et intégrée des différentes modalités thérapeutiques. On s'achemine vers des pharmacothérapies à plusieurs composants échelonnés, qui s'intègrent à des psychothérapies spécifiques aux dépendances, dans une sociothérapie en réseau visant la réintégration des patients dans la communauté.

1. Sur les conditions de prescription de la buprénorphine, voir le site internet: www.infoset.ch

d é p e n d a n c e s

La revue "dépendances" s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales. Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Abonnement 45.- frs par an/20.- frs par numéro.

Parmi les thèmes publiés:
Le devenir des patients alcooliques (no 2) - Balade au pays du tabac (no 4) - Politique des dépendances: réflexions, propositions (no 5) - La prévention, d'une définition à un choix de société (no 6) - Groupes d'entraide (no 7) - Les institutions résidentielles en crise (no 9) - Médicaliser les dépendances: apports et effets secondaires (no 10)

A paraître en août 2000
Genre

A consommer sans modération!

Editée par: SFA ISPA Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies — GREAT Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies

"Il n'y a pas de problèmes, il y a des solutions"

Témoignage de Lucky

Lucky a 29 ans et des projets plein la tête. Depuis 3 ans, il est abstinent, actif dans l'association Narcotiques Anonymes. Durant 15 ans, il a été sous dépendances de diverses substances légales et illégales. Il a fait plusieurs séjours en prison et dans des hôpitaux psychiatriques. Mais, dans ce parcours chaotique, il a suivi, avec succès, un apprentissage de décorateur de théâtre.
Aujourd'hui, il sait que rien n'est gagné d'avance, que son combat continue. Mais il se sent soutenu et apprécié par tout un réseau d'abstinents qui, comme lui, ont connu les souffrances liées à la dépendance.
Interview recueillie par Marie-José Auderset, ISPA

J'ai mis longtemps à comprendre que certains produits légaux étaient aussi des drogues. Quand je renonçais aux drogues illégales, je me rabattais sur des drogues légales. Avec le regard que j'ai aujourd'hui sur la dépendance, je me rends compte que j'ai jonglé avec les drogues.

MJA: **Quand avez-vous commencé à avoir des contacts avec des médecins et des travailleurs sociaux?**

L: A l'âge de 15 ans, on m'a viré de l'école et j'ai commencé à ne plus rien faire de ma vie. J'ai rapidement eu des problèmes avec la justice. C'est là que j'ai commencé à voir des assistants sociaux. Pour moi, ce sont des gens qui ont appris des choses dans les livres et qui essaient de les adapter à la réalité. En plus, j'avais des problèmes avec l'héroïne, je suis donc arrivé chez un médecin. Et puis, comme j'étais souvent fou, j'ai dû faire des séjours dans un hôpital psychiatrique.
Pendant 8 ans, le médecin a été la seule personne que je voyais, qui avait les pieds sur terre Il a essayé de me faire comprendre des choses que je ne pouvais pas comprendre. C'était d'ailleurs la seule relation que j'entretenais à l'époque. Car j'avais des contacts sporadiques avec ma famille. Et toutes les institutions que je côtoyais, c'était sous la contrainte.

MJA: **Pourquoi entreteniez-vous cette relation avec votre médecin ? Aviez-vous envie de suivre un traitement… ou était-ce pour échapper à la justice?**

L: Tout s'écroulait autour de moi et j'avais conscience que le fait de consommer prenait beaucoup de place dans ma vie. J'ai alors pensé que si je prenais un produit de substitution, je ne perdrais pas mon boulot. Et j'ai cru que je serais au bout de mes problèmes de dépendance après six mois de traitement.
Mais cela ne s'est pas passé ainsi. Au bout d'une année, je n'avais fait qu'augmenter les doses de méthadone qu'il me donnait. Et je n'avais vécu que deux semaines d'abstinence d'héroïne.
Il devait se dire que j'étais un cas irrécupérable. D'ailleurs, je me suis retrouvé sur la liste des bénéficiaires potentiels de distribution contrôlée d'héroïne.

MJA: **Votre médecin ne vous a jamais lâché?**

L: Il était d'une co-dépendance à toute épreuve.
Je pense que cela n'a pas été simple pour lui. J'étais l'un de ses premiers patients auxquels il a prescrit de la méthadone en consultation privée.
Il avait l'impression que je ne tenais que grâce à notre relation. Il pensait que c'était une chose très saine pour moi de passer de temps en temps dans son cabinet. Et puis on partageait les mêmes idéaux politiques. Il m'est arrivé d'avoir des consultations d'une heure et demie où on parlait des votations.
De mon côté, je ne le voyais pas comme quelqu'un d'irremplaçable. Il me donnait de la méthadone, et il était sympa, mais voilà.

MJA: **Comment qualifieriez-vous votre relation ?**

L: … de maladive. Tout donner à une personne qui consomme, c'est exactement ce qu'elle attend. Aujourd'hui, j'ai de la peine à évaluer cette attitude à sa juste valeur. Il avait vraiment le sentiment que cette relation était la seule chose qui me tenait à la réalité. Il était donc prêt à faire beaucoup de concessions dans notre relation.

MJA: **Quelles concessions a-t-il fait?**

L: La première, c'est que j'étais parti pour me sortir de la dépendance en six mois et ça a pris des années. Je sais bien que 6 mois, c'était quelque chose de fou, d'irréaliste. Il aurait dû me dire "essaie sur une année, et on en rediscutera".
Autre chose: si je ne venais pas à un rendez-vous parce que j'avais déjà consommé, il restait jusqu'à vingt-et-une heures à son cabinet dans l'espoir que je vienne. J'avais aussi son numéro privé. Et quand il partait en vacances, il me donnait ses coordonnées. Franchement, pour un professionnel, ça n'est pas normal de donner autant de pouvoirs à un malade.

MJA: **Vous pensez qu'il en a trop fait pour vous?**

L: Je pense qu'il a fait ça de façon maladroite.
Nous avions fait un contrat verbal qui se résumait à cela : ne perds pas ton job; essaie de rester abstinent. Peu de temps après, j'ai perdu mon travail, j'ai augmenté mes doses. Le seul objectif de mon médecin était devenu de sauver ma vie. Mais il aurait aussi dû interrompre cette escalade, cette fuite en avant. En réalité, j'avais le sentiment qu'il me disait que, plus j'étais "pété" par le médicament, moins j'aurais envie de consommer des drogues illégales, et moins je ressentirais les effets psychotropes de ce que je consommais. Aujourd'hui, je trouve cela contradictoire.
Il faut dire que je n'étais pas facile dans ma façon de consommer. Et puis, j'étais négligé. Ma façon d'être a pu lui faire croire que la meilleure façon de rester en vie, c'était de me stabiliser. Il me voyait probablement vivre à l'avenir en appartement protégé.

MJA: **Quel rôle devrait avoir un médecin?**

L: Il devrait passer un contrat écrit avec la personne. Chaque fois qu'elle ne le respecte pas, le médecin doit lui faire prendre conscience que quelque chose dysfonctionne.
Il est vrai que c'est problématique avec des gens comme je l'étais. Par exemple, avec les quantités d'alcool que je buvais, je risquais des crises d'épilepsie.

MJA: **Avec votre médecin, qu'est-ce qui était plus important? La relation ou la méthadone?**

L: Je ne peux pas dissocier les deux. C'était important d'avoir un rendez-vous, d'essayer d'y aller. J'essayais de prendre une douche avant. C'est vrai qu'il me remettait un peu dans la réalité. Et j'étais content que quelqu'un s'occupe de mes problèmes physiques. Je pense qu'il y a eu plusieurs points positifs. Mais c'est vrai que la méthadone était essentielle.

MJA: **Comment avez-vous vécu la prise de médicaments, que ce soit la méthadone ou d'autres choses?**

L: Comme une dépendance, encore. Je dirais même plus contraignante, car il me fallait un rendez-vous pour les obtenir. Par la suite, je crois que mon médecin a été lassé de me voir. Peut-être qu'il commençait à avoir peur pour ses autres clients dans la salle d'attente, car nous étions nombreux… J'ai donc dû aller chercher ma méthadone à la pharmacie.
Aujourd'hui je me rends compte combien ces médicaments sont des produits forts. Bon, c'était toujours moins fort que ce que je prenais ailleurs, mais c'était une dépendance… contraignante.
Parfois je me dis que si j'avais souffert tous les jours de ce manque et que je n'avais pas eu ce produit de substitution, j'en aurais peut-être eu marre plus tôt. Lors de ma dernière rechute, quand je consommais j'étais mal, quand je ne consommais pas, j'étais mal. J'ai vécu là cette souffrance de ne jamais trouver ce qui me fallait. A d'autres moments de ma vie, les médicaments étouffaient ma souffrance. C'état une solution de facilités qui ne m'a pas aidé à grandir.
J'ai l'impression que mon médecin m'a offert des bouées de sauvetage, mais que j'avais quand même de la peine à respirer. Il aurait dû m'apprendre à nager. Ce n'était pas un confort de vie comme aujourd'hui où je peux regagner la plage en 2 brasses.
Mais bon… Avec moi, ce n'était pas facile. J'avais un rapport assez ambigu avec tous ces médicaments. Je me suis par exemple retrouvé à l'hôpital après être tombé d'un 6ème étage par la fenêtre. Et bien, tant que je n'avais pas ce que je voulais, j'étais absolument invivable. On en était arrivé à un compromis: ils acceptaient de me donner de l'alcool ou des médicaments pour qu'ils puissent se consacrer à leur priorité : soigner mes blessures.
Au contraire, chaque fois que j'étais en hôpital psychiatrique, je refusais toute médication. Je sentais que je n'étais pas à ma place dans ce milieu. Je connaissais le principe: on te donne ce que tu veux; de ce fait, tu n'auras même plus envie d'aller voir ailleurs.

MJA: **Pensez-vous que le médicament crée une illusion?**

L: Avec eux, j'étais coupé de la réalité. J'en étais venu à croire que cela pouvait être facile, que je n'avais aucune démarche à faire: je n'avais qu'à prendre

ce genre de produit et surtout ne pas consommer. Aujourd'hui, je suis absolument conscient que même si je ne consomme plus, c'est tout de même un combat que je dois mener pour y arriver. L'action, le "faire", c'est quelque chose de très important, parce que, de cette manière, je n'ai pas l'impression de me priver. Si je regarde mon emploi du temps, je n'ai pas le temps de consommer… si je veux grandir.

MJA: **Et avec les assistants sociaux, vous n'avez pas été tenté de nouer une relation à long terme avec l'un d'eux?**

L: J'ai toujours été assez rebelle à toute cette forme de pitié. Je n'ai jamais voulu endosser le rôle de victime. Donc, ma relation avec eux n'a jamais été agréable. J'avais le sentiment qu'en les côtoyant, je devais perdre le peu de fierté qui me restait.
L'assistant social me disait sous toutes les formes: tu dois apprendre à vivre d'une certaine manière. Il avait une vision minimaliste qui ne m'a jamais intéressé.
J'ai bien fait quelques tentatives d'approche avec le social, mais je n'ai pas cherché à le faire d'une façon très honnête. Je me disais: s'ils peuvent me donner quelque chose sans que j'aie besoin de courir, tant mieux. Un jour, des assistants sociaux m'ont donné des bons Migros pour m'acheter de quoi manger. J'ai trouvé ce procédé tellement stupide que, par provocation, j'ai acheté de l'alcool à brûler que j'ai bu. C'était ma revanche. Je leur ai montré que, quoiqu'ils fassent, c'était ma volonté déchaînée qui l'emportait.
Dans le social, il y a aussi des éducateurs. Je n'aime pas ce terme. Je préfère le nom de facilitateur, celui qui aide à avoir accès aux sources, à certaines choses essentielles. Je suis contre l'idée d'éduquer qui que ce soit. Je trouve ridicule de devoir quitter un moule pour rentrer dans un autre (le mauvais et le bon). J'aime mieux l'idée de s'aider soi-même en aidant bénévolement quelqu'un. C'est ce que j'expérimente aux Narcotiques Anonymes.

MJA: **Les Narcotiques Anonymes ont donc joué un rôle important pour vous…**

L: J'ai un réseau d'aide qui marche 24h/24, 365 jours par année, ça n'a pas de prix. Nos réunions sont très enrichissantes. L'hiver dernier, j'ai vécu un moment très fort. On parlait de nos vies de famille. On se comprenait. Chacun sait de quoi parle l'autre. Parmi nous, il y a des gens qui ont une famille avec qui ça va super bien ; pour moi, ça montre que c'est possible. Il y en a d'autres qui vivent l'enfer avec leur famille; je me dis alors que j'ai encore de la chance de vivre ce que je vis. Et puis, il y a ceux qui vivent avec la leur ni mieux ni moins bien que moi avec la mienne; je me dis alors que je ne suis pas seul dans ma situation.
Dans un groupe comme les Narcotiques Anonymes, il y a un équilibre qui s'établit et qui permet de me dire: aujourd'hui je me situe de telle ou telle manière, mais j'ai l'espoir que les choses peuvent changer. Ma situation n'est pas aussi pourrie que je pourrais l'imaginer, puisque d'autres hommes et d'autres femmes du groupe réussissent. Je me rends aussi compte que je suis apprécié et que mon rétablissement fait envie à d'autres dont je suis le parrain. C'est tout un équilibre qui s'installe.
Actuellement, je suis en pleine rupture affective et c'est dur. Mais je me sens entouré. Il y a des gens qui connaissent ma situation et qui m'appellent, me proposent de faire toutes sortes de choses avec eux. Aujourd'hui, prendre mon téléphone et appeler quelqu'un, c'est un peu mon médicament. Parler aux autres, écouter, être écouté et partager mon vécu, tout cela me permet d'apprendre à me connaître, à prendre ma part de responsabilités. Grâce à tout cela, et pour la première fois ce week-end, j'ai réussi à être triste. Je peux le prendre comme un cadeau. Avant je n'aurais pas accepté d'être triste, de toucher à ma tristesse.

Prescription d'héroïne: une combinaison nécessaire d'approches diverses

Nicole Stutzmann, coordinatrice des traitements avec prescription d'héroïne, OFSP
Martin Hosek, soutien et assistance aux traitements avec prescription d'héroïne, OFSP
Philippe Lehmann, chef de la section interventions drogue, OFSP

Voyant qu'une certaine partie des personnes dépendantes des drogues ne pouvait être atteinte par les offres usuelles de traitements ou échouait dans ces tentatives de traitement, la Confédération a lancé en 1994 l'essai de traitement avec prescription médicale d'héroïne. Il s'agissait de tester si cette approche serait à même d'intégrer dans une thérapie adéquate des personnes gravement dépendantes. Cette offre ne se limite pas à la remise de la substance héroïne, mais inclut une prise en charge globale: médicale, psychologique et sociale. On examinera ci-après la combinaison de ces divers aspects, aussi bien du point de vue des directives fédérales que de la pratique et l'organisation des centres, des plans de traitement et des résultats.

L'analyse scientifique de l'essai mené de 1994 à 1997 a mis en évidence des résultats significativement positifs sur les plans de la santé et de l'intégration sociale. S'appuyant sur ces données, le Parlement suisse a adopté le 9 octobre 1998 un arrêté urgent qui établit la base légale de cette thérapie[1] et le Conseil fédéral l'a précisée par une ordonnance du 8 mars 1999[2]. Le peuple suisse s'est prononcé par référendum favorablement à cette offre thérapeutique le 13 juin 1999.

Le traitement avec prescription d'héroïne est soumis à des règles très précises. Il est réservé exclusivement à des personnes dépendantes des opiacés depuis de nombreuses années qui ont échoué plusieurs fois dans d'autres formes de traitements et qui présentent des dommages à la santé et des graves difficultés sur le plan social.

A l'heure actuelle, 16 centres offrent un traitement avec prescription d'héroïne, le nombre de places autorisées est limité à 1065. En janvier 2000, 950 patients étaient suivis. De nouveaux centres de traitement sont en projet dans les cantons des Grisons, de Schaffhouse, d'Argovie, de Bâle-campagne et de Berne (ville de Berthoud).

Les objectifs des traitements

L'objectif de tout traitement de la dépendance est d'atteindre une vie autonome et responsable sans usage de drogue. En considérant que la majorité des personnes dépendantes finissent par arriver à sortir un jour ou l'autre de la drogue, un premier objectif thérapeutique peut être de leur permettre de traverser cette période sans dommages gravissimes. Pour certains toxicomanes fortement dépendants, ce premier but ne pouvait pas même être atteint. L'échec répété des tentatives de traitements et les longues périodes de galère dans la consommation illégale représentaient pour eux un potentiel de danger extrême, menaçant définitivement leur santé et leur retour dans la société.

Les buts des traitements avec prescription d'héroïne, sur le plan individuel, sont définis comme suit:

- maintenir en vie
- améliorer la santé psychique et somatique, améliorer les conditions sociales
- éloigner de la scène de la drogue, sortir du cercle infernal de l'achat de la drogue
- réduire la poly-consommation à hauts risques de substances légales et illégales
- réduire ou stopper la délinquance, la prostitution et les comportements déviants
- rétablir progressivement une intégration sociale, compte tenu du potentiel personnel et du contexte collectif
- regagner des compétences sociales, en particulier l'autonomie et la responsabilité personnelles
- arriver à sortir de la dépendance vis-à-vis des drogues illégales et légales.

Sur le plan communautaire, ces traitements ont pour buts, en permettant à des personnes marginalisées de retrouver

leur place dans la société, de limiter les risques et de prévenir les dommages sur les plans de la santé et de la sécurité.
Le traitement avec prescription d'héroïne, tel qu'il a été testé en Suisse, est adéquat pour deux types de personnes:

1. Des personnes dépendantes de l'héroïne qui sont menacées gravement par leur mode de vie (criminalité d'acquisition, prostitution, clochardisation, etc.), qui vivent de manière très désinsérée ou menacent de le devenir, et qui ne peuvent pas être atteintes par les offres usuelles de traitement (sevrage, traitements orientés vers l'abstinence, traitements avec substitution de méthadone), et
2. Des personnes dépendantes de l'héroïne qui ne peuvent pas être stabilisées dans le cadre d'un traitement avec substitution de méthadone, qui persistent dans la consommation parallèle de drogue, surtout d'héroïne, qui poursuivent un comportement de délinquance, etc.

Conditions fixées pour les centres de traitement

Les règles fédérales prévoient que les traitements avec prescription d'héroïne ne sont effectués que par des centres spécialisés, au bénéfice d'une autorisation fédérale. Les conditions de celle-ci sont:

1. Offrir une prise en charge globale et interdisciplinaire
2. Garantir la compétence professionnelle des intervenants
3.Disposer d'une dotation en personnel suffisante
4. Disposer de locaux appropriés et adéquatement situés
5. Garantir la sécurité relative au contrôle des stupéfiants.

Le traitement comprend une thérapie médicamenteuse, somatique et psychiatrique ainsi qu'un support psychosocial. Un plan de traitement, élaboré en commun par les divers intervenants et le patient, définit les buts et les moyens d'intervention. Ce plan doit être vérifié et au besoin adapté chaque trimestre par l'équipe soignante.
La remise et la consommation de l'héroïne ont lieu en principe toujours à l'intérieur des centres de traitement, sous contrôle visuel direct. La seule exception admise est la remise d'une dose journalière non injectable, seulement lorsque l'état de santé du patient est suffisamment rétabli, son intégration suffisamment améliorée, s'il a pris ses distances d'avec la scène, et si le fait de venir prendre chaque dose au centre de traitement nuit à ses efforts de réinsertion sociale.

Quels sont les besoins des clients?

La statistique des entrées dans les traitements avec prescription d'héroïne montre de ces clients une image qui n'évoque pas l'optimisme[3]: ces hommes (70%) et ces femmes, généralement entre 25 et 40 ans, ont plus de 10 ans de dépendance à l'héroïne. La plupart ont connu

Sous les conditions fixées et pour le groupe spécifique de patients visés, la prescription d'héroïne peut être jugée efficace

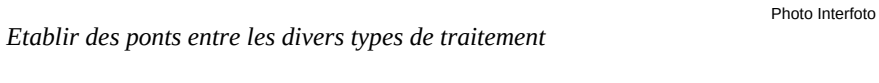

Photo Interfoto

Etablir des ponts entre les divers types de traitement

plusieurs traitements de substitution et plusieurs sevrages, mais sans succès. Outre l'héroïne, ils consomment souvent aussi de la cocaïne et du cannabis, de l'alcool et des benzodiazépines. Pour plus de 2 sur 5, l'état de santé psychique est jugé mauvais ou très mauvais. Les troubles dépressifs, les angoisses et troubles hallucinatoires, les comportements agressifs et les désordres affectifs sont fréquents. L'état général somatique est jugé par le personnel soignant relativement bon – compte tenu de leur situation – mais le taux d'infection par les hépatites est très élevé (A 70%, B 74%, C 83%). 16% sont positifs au VIH. La situation sociale est plus sombre: la plupart ont de lourdes dettes, moins d'un sur

6 a un travail régulier, beaucoup touchent l'assurance invalidité ou l'aide sociale. Un tiers n'a de contact qu'avec des acteurs de la scène de la drogue, un autre tiers dit n'avoir aucun ami. 84% ont été condamnés par la justice au cours de leur "carrière" de toxicomanes.
Les espoirs des clients visent un changement des conditions de vie: *„Avant tout, je voulais en finir avec le deal, sortir de la rue, de l'illégalité, du danger"*[4] déclare une patiente du centre Zokl 2 de Zurich pour décrire sa motivation. Les futurs patients souhaitent quitter le stress de la rue, celui qui résulte de la course à l'argent et au produit, faite de deal, de prostitution et de délinquance. Ils souffrent de leur situation financière, de la peur de la police, de leur mauvaise santé et des produits trafiqués. Ils voudraient avoir du temps pour eux, au calme, et entrevoient la prescription de stupéfiants comme le seul moyen d'enfin réduire l'usage de drogue puis d'arrêter.
Les données d'admission de 112 personnes entrées en 1998 dans ces traitements montrent que l'assistance psychosociale est au centre des besoins d'intervention[5]. Pour 90% des nouveaux patients, les intervenants jugent nécessaire l'une ou plusieurs des mesures suivantes: aide sociale générale, organisation d'une conférence des services d'aide, recherche d'une place d'occupation ou de formation, d'une structure de jour ou encore d'une autre forme d'assistance. Pour 87% des entrées, ils jugent nécessaire d'organiser une prise en charge psycho- ou sociothérapeutique. Celle-ci devra prendre la forme d'un système de personne de référence (77% des entrées), d'activités de groupes (49%) ou de psychothérapie individuelle (30%). Des mesures médicales somatiques doivent être prises pour 46% et un plan de traitement psychiatrique, incluant des examens ou traitements externes au centre, est indiqué également pour 46% des entrées.

L'offre thérapeutique des centres

Lorsque l'autorisation de l'OFSP est donnée, les nouveaux patients peuvent recevoir de l'héroïne sur prescription médicale, sous forme injectable ou orale. La solution injectable doit obligatoirement être appliquée dans le centre de traitement, sous surveillance du personnel soignant. Les injections se font dans des conditions d'hygiène correctes; les médecins et les soignants vérifient la dose et enseignent au besoin les techniques d'injection adéquates. De l'héroïne en tablettes peut aussi être consommée, au début exclusivement dans les centres de traitement. Emporter des tablettes d'héroïne n'est possible qu'après plusieurs mois de traitement, pour les patients bien stabilisés chez lesquels le risque de revente est minime. La dose remise ne dépasse pas un jour, et la remise de solution injectable est exclue.
Le contact pluri-quotidien des patients avec le centre de traitement constitue la plate-forme de dialogue et de travail socio-pédagogique. Il offre la meilleure base pour un suivi régulier. Mais, en plus des contacts brefs liés à l'application des stupéfiants, des consultations médicales et psychologiques ainsi que le suivi social sont organisés et font obligatoirement partie du traitement. Des entretiens à deux ou en groupe ont lieu régulièrement.
Au début du traitement, un examen médical approfondi est effectué, au besoin complété par des examens à l'hôpital ou chez des médecins spécialistes. L'équipe soignante effectue régulièrement des bilans intermédiaires pour optimiser le suivi thérapeutique et revoir les objectifs de traitement (voir encadré). Tous les trois mois le plan de traitement de chaque patient doit être revu et au besoin adapté.
A la fin de l'année 1999, on comptait en tout 35 médecins, 41 travailleurs sociaux, 8 psychologues et 123 personnels infirmiers travaillant dans les 16 centres de traitement avec prescription d'héroïne. Les quelque 1000 patients sont ainsi en rapport quotidien avec des professionnels qualifiés dans le domaine de la dépendance. L'autorisation d'exercice n'est accordée à un centre de traitement que s'il dispose de l'effectif suffisant. Par place de traitement, on exige au moins 1.7% de poste de médecin et 1.7% de personnel spécialisé en travail social ou psychologique. Pour la remise des stupéfiants, il est nécessaire que deux collaborateurs au moins soient en permanence présents dans le local. Les médecins doivent attester de leur expérience dans le traitement des dépendants ou démontrer qu'ils sont supervisés par des collègues plus expérimentés. Les différents groupes professionnels doivent collaborer entre eux, cela est prescrit par l'ordonnance fédérale. Afin d'améliorer leurs compétences à tous, l'OFSP organise des programmes de perfectionnement.
Au-delà de l'offre spécifique à chaque

Le plan de traitement : Exemple de la pratique au Centre avec prescription d'héroïne de Thoune

Les traitements sont exécutés par un team interdisciplinaire: médecine, travail social, soins infirmiers. Pour le suivi de base, les patients sont répartis entre les infirmiers et infirmières, qui fonctionnent comme personnes de référence. Chacun est l'interlocuteur privilégié d'un groupe de patients, apporte le support nécessaire au jour le jour, et effectue un triage des problèmes qui ressortent des deux autres groupes professionnels. Un échange interdisciplinaire régulier permet de voir à temps la nécessité d'intervenir.
Les besoins diversifiés de nos patients nécessitent une planification individualisée des traitements. Celle-ci est fixée sous forme d'un accord, lequel définit les buts et les moyens de les atteindre. Les soignants exigent le respect minimum de l'ordre et des règles du centre de traitement, ainsi que des dispositions inscrites dans l'ordonnance fédérale. La personne de référence établit, en dialogue avec le patient, des objectifs individuels. Ces objectifs et les mesures qui en découlent sont ensuite revus par le team, qui en vérifie la faisabilité, définit les priorités et répartit les responsabilités. L'accord sur les buts de traitement est périodiquement révisé et adapté. On examine la situation en cherchant au mieux à répondre aux besoins du patient. La personne soignante reste tout au long du traitement partenaire du patient, et fait appel à un médecin ou travailleur social selon les besoins. Le team interdisciplinaire assure le suivi du traitement et la communication régulière des informations est ainsi garantie.

Méd. prat. Barbara Gugger
Médecin responsable
Centre de traitement de Thoune

centre, ceux-ci doivent s'intégrer dans le réseau local des services d'assistance aux toxicomanes. Cela aussi est exigé par l'ordonnance fédérale. Les centres doivent, pour obtenir leur autorisation d'exercice, indiquer de quelle manière ils coopèrent avec les autres institutions spécialisées et assurer à long terme une collaboration efficace.

Les liaisons

Les analyses scientifiques ont démontré, pour l'essentiel, les résultats suivants[6]:

- Il a été possible d'amener des personnes gravement dépendantes, qui de manière répétée échouaient dans d'autres formes de traitements, à se soumettre à un processus de traitement structuré ; au vu des résultats généraux dans la recherche, cela peut être considéré comme un succès compte tenu de la difficulté à atteindre ce groupe de personnes.
- Le taux de rétention en thérapie constitue un second aspect de l'efficacité de cette forme de traitement: le taux de maintien en traitement est de 89% après 6 mois et de 79% après 18 mois (sans décompter les transferts vers d'autres traitements); cela constitue un record absolu en comparaison d'autres formes de thérapies.
- L'amélioration générale de l'état des patients, dans les principales dimensions mesurées, constitue un troisième aspect de l'efficacité; compte tenu de la situation particulièrement lourde au départ, ces traitements se montrent particulièrement efficaces pour réduire la consommation parallèle d'héroïne illégale, mais aussi de cocaïne. En 18 mois de traitement, les principaux indicateurs de santé somatique et psychique et d'intégration sociale montrent des gains significatifs. La situation en matière de logement et de travail peut être nettement améliorée, les dettes sont réduites, et pour une partie des patients la dépendance vis-à-vis de l'aide sociale est aussi diminuée. D'autres personnes, très marginalisées, peuvent quant à elles commencer à bénéficier de l'aide sociale. Les contacts avec la scène se raréfient. En revanche, le rétablissement d'un réseau social hors de la scène de la drogue est généralement très limité, et l'isolement des patients reste grand.
- Un quatrième aspect, très important sur le plan de la santé publique, concerne l'amélioration de la prévention et du traitement des maladies transmissibles. La réduction significative du risque de transmission du VIH est démontrée. Pour les hépatites, la prévention par vaccination et par des changements de comportement s'est montrée plus limitée et plus tardive, mais au bout du compte un taux de vaccination acceptable a pu être atteint pour l'hépatite B. Les personnes séropositives au VIH ou malades du sida ont pu être mieux insérées dans un plan de traitement adéquat.
- Il est encore trop tôt pour mesurer combien de patients les programmes de traitement avec prescription d'héroïne ont pu conduire définitivement à une vie sans drogue. Mais on peut noter que, après les 18 premiers mois, environ deux tiers des 365 personnes qui avaient quitté ces traitements s'étaient orientés vers une autre forme de thérapie: soit un traitement de substitution avec méthadone, soit une thérapie visant l'abstinence.
- Durant la période d'observation scientifique, aucun cas de décès lié directement avec la remise de stupéfiants n'a été enregistré; de manière globale, le taux de mortalité est plus faible que celui constaté usuellement parmi les consommateurs de drogue.
- Particulièrement remarquable est la réduction de la délinquance: les revenus illégaux ont diminué en 18 mois de 70% par rapport à la période de l'entrée en traitement. Les données de police et de justice confirment ce recul de la délinquance.

Les données scientifiques ainsi réunies, mesurées sur les plans du comportement, de l'état de santé, des traitements médicaux, de l'intégration sociale, de la délinquance, etc. montrent que, sous les conditions fixées et pour le groupe spécifique de patients visés, cette forme de thérapie peut être jugée efficace.

Bilan tiré de la pratique

Aux résultats de l'évaluation scientifique de 1997 s'ajoutent les conclusions régulièrement tirées de la pratique des centres de traitement. Celles-ci concernent particulièrement les motifs de sortie des patients, ainsi que les patients encore en traitement, pour lesquels on a fait un bilan approfondi en 1999 en vue du renouvellement de l'autorisation de prescription d'héroïne (valable 2 ans).
L'analyse de la durée de traitement des 753 patients qui sont sortis de 1994 à février 2000 des programmes de traitement avec prescription d'héroïne montre que:

- 145 personnes (19%) sont sorties après moins de 2 mois; on peut estimer que cette forme de traitement n'était pas adéquate par rapport à leurs besoins: exigences trop strictes, intensité de prise en charge trop élevée par exemple,
- 411 personnes (55%) sont restées de 3 mois à 2 ans en traitement, et
- 197 personnes (26%) ont effectué de 2 à 4 ans dans les programmes de traitement, quelques-unes même 5 ou 6 ans, avant leur sortie.

Les motifs de sortie des traitements, calculés sur 623 sorties motivées jusqu'à fin 1999[7] , montrent que 399 (64%) peuvent être interprétés comme des succès thérapeutiques, puisque 175 personnes poursuivent leur traitement dans une institution orientée vers l'abstinence (sevrage, communauté thérapeutique) et 224 dans un programme de substitution avec méthadone. Les échecs (exclusions, interruption volontaire, abandon) constituent 21% des sorties. Les autres raisons de sortie sont: hospitalisation 3%, déménagement 1%, entrée en prison 3%, décès 4%, autres 4%. Aucun décès lié directement à l'absorption de stupéfiants prescrits n'a été enregistré.
Pour les patients qui étaient en traitement depuis longtemps, l'OFSP a demandé aux centres de vérifier chaque cas avant de renouveler l'autorisation de prescription d'héroïne. Cela s'est passé à l'aide d'un questionnaire sur l'évolution des patients et les objectifs de traitement actuels. L'analyse de ces 464 cas montre des progrès significatifs dans tous les domaines de l'intervention, particulièrement:

- réduction de la consommation parallèle de drogue, chez 344
- amélioration de l'état psychique, chez 307
- amélioration de l'état somatique, chez 302
- amélioration du comportement social, chez 302.

Les objectifs thérapeutiques visent encore une amélioration supplémentaire pour 15 à 44% des patients en traitement (selon les domaines), et le maintien de la situation présente dans la majorité des cas. La justification de la poursuite du traitement est dans 59% des cas la stabi-

lité encore insuffisante des patients, et dans 37% des cas la comorbidité psychiatrique.
Les patients eux-mêmes expriment souvent le désir d'arrêter, comme le montre le témoignage de Roland, 28 ans, du centre de traitement de Lucerne:
"La valeur de la drogue a continuellement diminué pour moi ces dernières années. Quand tu dois courir après ta dope 24 heures sur 24, elle a une immense importance dans ta vie. Aujourd'hui, l'école de musique, une bonne bande, ma copine sont toujours plus importants à mes yeux. J'aimerais bien pouvoir vivre sans héroïne. J'aimerais de nouveau sentir l'odeur du pain frais sans drogue. J'aimerais pouvoir partir quelques jours sans devoir venir trois fois par jour pour recevoir ma dose" [8].

Des traitements indissociables

Depuis 1994, il apparaît fondamental de poursuivre l'intégration très étroite des différents aspects de ces traitements. L'évaluation scientifique des essais menés de 1994 à 1997 l'a montré: autant les déficits et les besoins des patients sont multiples, autant les interventions doivent être combinées. Jamais d'ailleurs, la seule remise d'héroïne n'a été envisagée comme solution minimale de "laisser faire" hors de l'illégalité, quand bien même des voix s'exprimaient dans ce sens au cours des années 80.
La démarche retenue par la Suisse, pour les essais et pour la suite de ce traitement, inscrit la prescription d'héroïne dans le champ de la thérapie et non dans celui de la réduction des risques. Son objectif premier et sa réussite résident dans l'établissement d'une relation thérapeutique avec des personnes qui avaient rompu ou rejeté les tentatives de traitement auparavant. En ce sens, l'offre doit être multiple: la substance, l'accueil, les soins infirmiers et médicaux, l'hygiène, l'aide pratique, la résolution des problèmes sociaux, les traitements somatiques et psychiques à long terme…
Cette démarche cumulative ne permet pas de distinguer quel facteur particulier serait responsable des résultats obtenus, comme l'auraient souhaité les experts mandatés par l'OMS dans leur critique des essais suisses[9]. Ils ont en effet reproché à la Suisse de ne pas permettre de mesurer scientifiquement si les résultats, qui sont à leurs yeux incontestablement positifs, sont dus à la substance seule ou essentiellement à l'intense prise en charge. La réponse de l'OFSP à ce sujet est simple: d'un côté, il aurait été totalement contraire à l'éthique et à la philosophie politique de proposer seulement la distribution d'une substance de substitution sans prise en charge intensive, sachant que le traitement s'adresse à des personnes en graves difficultés somatiques, psychiques et sociales; de l'autre côté, l'offre d'une prise en charge intensive existe déjà en Suisse, avec ou sans médicaments de substitution, et c'est précisément à de telles offres que les personnes visées ont maintes fois échoué[10].
Par la suite, l'OFSP a ancré dans les textes réglementaires (arrêté fédéral urgent et ordonnance fédérale) l'exigence de la coopération interdisciplinaire: les institutions doivent être multi-professionnelles, les demandes d'admission sont établies en commun par les responsables médecin et psychosocial, les plans de traitement doivent inclure les différents aspects d'une prise en charge globale. La formation spécialisée, la gestion de la qualité, la documentation et la recherche doivent aussi considérer ensemble ces dimensions différentes.
Ces principes rejoignent d'ailleurs ceux que vient de publier l'institut américain NIDA (National Institute on Drug Abuse) dans ses "Thirteen Principles on Effective Drug Abuse Treatment"[11], que nous citons en résumé:

1. Aucun traitement n'est approprié pour tous les individus.
2. Les traitements doivent être facilement accessibles.
3. Les traitements efficaces doivent répondre aux besoins multiples des patients.
4. Les traitements doivent être flexibles et être adaptés à l'évolution des patients.
5. Rester en traitement pour une certaine durée est décisif pour l'efficacité du traitement.
6. Le conseil individuel et/ou de groupe est une composante essentielle pour l'efficacité du traitement.
7. Les médicaments sont une composante importante pour de nombreux patients.
8. Le traitement des troubles psychiatriques doit être intégré.
9. Le sevrage physique n'est qu'une phase du traitement de la dépendance.
10. Le traitement ne doit pas forcément être (totalement) volontaire pour être efficace.
11. L'usage de drogue pendant le traitement doit être suivi précisément afin d'adapter le traitement.
12. Les traitements doivent inclure les problématiques du HIV, des hépatites et des autres maladies infectieuses.
13. Sortir de la drogue est souvent un processus de longue durée qui nécessite plusieurs épisodes de traitement.

Ces principes, qui n'ont pas été conçus pour la prescription d'héroïne, sont pertinents pour toute la palette des thérapies que l'on connaît en Suisse. Nous en recommandons la lecture. Ils montrent bien que l'efficacité résulte de la globalité des efforts, de leur continuité et de la diversité des offres. Si les centres de traitement avec prescription d'héroïne arrivent particulièrement à mettre ces principes en œuvre[12], cela est dû pour une bonne partie à l'engagement des professionnels qui y travaillent, certains depuis 7 ans déjà. Qu'ils soient ici tous remerciés.

Références

1. Arrêté Fédéral sur la prescription médicale d'héroïne, du 9 octobre 1998
2. Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne, du 8 mars 1999
3. Uchtenhagen Ambros; Gutzwiler Felix; Dobler-Mikola Anja (Hrsg.): Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. ISF: Zürich 1997
4. Nigg Luzia: "DDD-F Ein opioidgestütztes Behandlungsprogramm für Frauen. ISF: Zürich 1998. Ce travail repose sur des interviews qualitatives avec des patientes du centre ZokL 2 à Zurich effectuées en été 1995.
5. Blättler Richard et.al.: "Die somatische, psychiatrische und soziale Betreuung in der heroingestützten Behandlung. Provisorischer Schlussbericht" document non encore publié, 1999.
6. cf note 3
7. Les motifs des sorties au cours des premiers jours ne sont pas documentés; en outre, ces données sont issues de 2 sources différentes et comptent à double quelques cas pour la période janvier-mars 1999.
8. Spectra, No 16, Juin 1999
9. Report of the External Panel on the Evaluation of the Swiss Scientific Studies of Medically Prescribed Narcotics to Drug Addicts, WHO, April 1999
10. Rapport du groupe d'experts de l'OMS chargé d'évaluer les essais suisses de prescription médicale d'héroïne; point de vue de l'OFSP, 16 avril 1999
11. NIDA, Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide. (NCADI publications BKD347), 1999.
12. Y compris le principe 10, s'agissant de l'exigence de respect par les patients de nombreuses règles de comportement et d'adhésion au plan de traitement.

Le renard et la cigogne ou la collaboration entre médecins et travailleurs sociaux

François Pilet, médecin généraliste FMH, Vouvry

Il y a bien longtemps, médecins et travailleurs sociaux s'ignoraient: les uns et les autres travaillaient en solitaires avec leurs patients et leurs clients sans se côtoyer. Au fil du temps, ils ont été amenés peu à peu à s'apprivoiser, puis à coopérer. Aujourd'hui, une nouvelle collaboration est en train de naître et de se développer. Grâce aux spécificités de ses acteurs, que sont le patient, le travailleur social et le médecin, elle ouvre des voies nouvelles. Elle peut aussi éviter les pièges de la relation duelle qui peut s'instaurer entre la personne dépendante et le professionnel de la prise en charge.
François Pilet, généraliste, partage ici son enthousiasme pour cette nouvelle manière de travailler qu'il vit au quotidien.
(réd.)

Dans les siècles passés, les médecins furent souvent des pionniers du travail social, naturellement conduits dans leur activité à constater, plus ou moins impuissants, les drames de la condition humaine.
Lorsque, durant ce 20ème siècle, ils virent s'installer de nouvelles professions dans ce champ d'activité, nombre d'entre eux eurent plutôt la réaction du loup vis-à-vis de l'agneau se permettant de troubler l'eau pure de la profession médicale ... d'où quelques décennies de cohabitation pour le moins difficile.
Ces vingt ou trente dernières années, c'est plutôt un rapport de renards et de cigognes qui s'installa, les "sociaux" invitant leur collègues médecins à des colloques ressemblant à des repas servis pour un renard dans un vase au long col à l'embouchure étroite alors que les médecins condescendaient à autoriser les cigognes à laper du bec dans leur assiette!
Lorsqu'on parle de "médicalisation des dépendances", il faut donc bien avoir à l'esprit cet aspect historique: les médecins se sont occupés de personnes dépendantes (en particulier à l'alcool) bien avant que les professions sociales n'existent en tant que telles.
Un autre aspect historique me paraît essentiel pour la compréhension du problème: au cours de ce siècle, le travail du médecin s'est fortement déplacé du domicile des patients vers le cabinet de consultation où il reçoit sur rendez-vous (même si les visites et les consultations d'urgence, fort heureusement, existent encore). Or, dans le domaine des dépendances, la demande vient bien plus souvent de l'entourage que du patient lui-même : appeler un médecin à la maison quand rien ne va plus avec le conjoint dépendant est plus facilement réalisable que de convaincre ce dernier de se rendre au cabinet de consultation. Actuellement, lorsqu'un patient souffrant de dépendance se présente de lui-même à la consultation, c'est le plus souvent pour obtenir un produit (en tout cas pour les personnes toxicomanes) ou pour une question de santé annexe, mais rarement pour demander de l'aide au sujet de la dépendance proprement dite. La distribution de plus en plus généreuse de diverses substances stupéfiantes a donc effectivement eu pour effet d'attirer les personnes toxicomanes vers les cabinets médicaux ou les centres spécialisés et de fidéliser ainsi cette clientèle "sociale" en la rendant dépendante du milieu médical. A cela s'ajoute l'influence croissante de la psychiatrie qui s'est attribuée à certaine époque le monopole de l'explication, et donc du traitement, des comportements à problème.

Des rencontres

Où en est-on aujourd'hui? Peut-on espérer d'autres rapports entre les personnages de la fable? Je répondrai en fonction de mon expérience valaisanne: depuis 15 ans, médecins et travailleurs sociaux se sont rencontrés activement, créant en 1986 un modèle de contrat tripartite pour le suivi des patients sous méthadone, puis étendant ce genre de collaboration à tous les domaines de l'alcoolisme et de la toxicomanie. En avril 1991 fut créé le Forum Drogue Valais

(devenu depuis Forum Drogue et Autres Dépendances) qui réunit tous les trois mois pour la dixième année entre 30 et 50 représentants de tous les milieux professionnels concernés par les dépendances (une dizaine de professions!). Plus de 100 heures d'échanges stimulants, de remises en question réciproques, d'apprentissage les uns des autres! Mais, soyons honnêtes, les médecins participant à ce forum sont peu nombreux ...

Sans forcément participer au forum, plusieurs médecins et travailleurs sociaux ont développé progressivement un modèle de fonctionnement tripartite pour la prise en charge de patients alcooliques ou toxicomanes sans que la méthadone ou une autre substance ne soit nécessairement l'objet transactionnel. Trois quarts d'heure à une heure d'entretien, le plus souvent au cabinet du médecin, permettent de faire le point, de fixer des objectifs pour les mois suivants et de convenir d'un rendez-vous commun dont l'échéance est déterminée de cas en cas: 6 mois dans les situations assez stables, un peu moins selon l'urgence des problèmes. La rencontre suivante permet d'évaluer quels objectifs ont été atteints, lesquels n'ont pu l'être et pourquoi, et d'en fixer de nouveaux. Cette façon de pratiquer comporte beaucoup d'avantages pour les trois parties, patient, travailleur social et médecin: le premier ressent beaucoup plus clairement la cohérence du cadre thérapeutique, lequel résiste mieux à certaines tendances destructrices. Le second n'a plus besoin de chercher vainement un contact avec le médecin toujours pressé, sachant qu'il pourra partager, en temps voulu et en présence du patient, les soucis qu'il porte à son sujet. Le troisième apprend beaucoup dans ces entretiens, notamment des informations qui n'étaient pas ressorties des consultations individuelles avec le patient, des aspects de la problématique auquel il ne connaît pas grand chose et surtout se sent moins seul face à des problèmes souvent lourds et paraissant sans issue. Contrairement à sa crainte permanente (insufflée quotidiennement par les nombreux patients qui attendent sans cesse...), le médecin découvre, dans cette manière de faire, un gain de temps ! Ces entretiens structurés et une bonne collaboration avec le travailleur social lui évitent une foule de téléphones, dérangements et consultations imprévues et contrariantes, et lui permettent, ce qui n'est pas désagréable, de mieux savoir où il en est avec tel ou tel patient toxicodépendant.

Pour ma part, je m'efforce de respecter la règle de ne pas échanger d'informations (sauf de rares exceptions) avec le travailleur social au sujet du patient en l'absence de ce dernier: soit celles-ci sont partagées lors de l'entretien à trois, soit lors d'un téléphone alors qu'il se trouve chez le médecin ou chez le travailleur social.

Ce mode de fonctionnement tripartite est un excellent antidote aux pièges vénéneux de la relation duelle avec un patient alcoolique ou toxicomane, pièges si bien décrits par Lobos-Wild[1].

Dans le cadre du programme "Medrotox" (projet romand puis suisse visant l'amélioration de la qualité et des conditions de travail du médecin dans le domaine des dépendances), je fais la promotion de cette manière de travailler auprès de mes confrères qui s'en trouvent généralement très satisfaits. Nous sommes probablement encore une minorité à fonctionner ainsi, ce qui ne veut pas dire que les autres ne collaborent pas avec les travailleurs sociaux. Mais ce modèle fait lentement tache d'huile pour le profit et le plaisir de tous.

Ainsi donc, de la relation du loup à l'agneau, puis de celle du renard à la cigogne, il a été possible de développer progressivement une connivence entre médecins et travailleurs sociaux s'approchant davantage de celle du corbeau, de la tortue et du rat secourant leur compagne la gazelle[2].

1. Le cabinet du généraliste, point de chute et pierre d'achoppement pour les toxicodépendants (Roberto Lobos-Wild, Revue Médicale de la Suisse Romande, 113, 367-370, 1993)
2. La Fontaine, Fables, livre douzième, fable quinzième.

Un parcours thématique

Témoignage de Christophe

Pour les toxicomanes, le retour à l'abstinence est un processus long, sinueux et personnel. Chaque trajectoire est différente: les besoins, les possibilités, les écueils, les ressources et les faiblesses varient d'une personne à l'autre. En même temps, chaque homme et chaque femme qui vit la dépendance au quotidien se trouvent confrontés à une problématique similaire. C'est en tenant compte de ces différences et de ces ressemblances que les professionnels travaillent: ils sont empreints des connaissances actuelles sur les toxicomanies et tentent d'avoir, dans le même temps, un regard neuf avec chaque client, chaque patient.
A ce titre, le témoignage de Christophe, comme celui de Lucky, enrichissent la réflexion. (réd.)

J'ai aujourd'hui 25 ans et j'habite un appartement dans une ville de Suisse romande depuis environ une année. Cela fait maintenant bientôt un an que je n'ai plus reconsommé de drogues dites dures. J'ai commencé à fumer des joints à l'âge de 12 ans, comme la plupart de mes copains. A 15 ans, j'ai vécu ma première expérience de consommation d'héroïne. J'habitais alors toujours chez mes parents. J'ai entrepris ma première cure de méthadone avant d'être arrêté; j'ai alors utilisé mon séjour en prison pour me sevrer. A ma sortie, j'ai rapidement replongé et ai écopé de 12 mois fermes.
De 21 à 23 ans, j'ai passé, sevré, plusieurs séjours dans diverses institutions fermées.
Puis, pendant une année, j'étais en cure de méthadone et continuais à consommer régulièrement. J'attendais mon jugement et j'habitais dans mon appartement. J'ai pu bénéficier de l'article 44 CPS et je suis entré dans un foyer de réinsertion socioprofessionnelle ouvert, toujours en cure de méthadone.
Les rapports que j'ai pu avoir avec le monde médical étaient liés à la cure de méthadone que mes différents médecins m'ont prescrite. J'ai donc vécu plusieurs expériences.
A 23 ans, lors de ma première cure, mon médecin de famille était plutôt complaisant. Il voulait tout d'abord que je prenne ma méthadone dans son cabinet. Je lui ai expliqué que je consommais de toute façon 9 jours sur 10, et qu'il serait inutile de faire des contrôles d'urine. Après négociation, on a convenu que j'irais chercher ma méthadone tous les 3 à 4 jours. En réalité, j'y allais quand je n'avais pas d'autre solution, et il jouait le jeu. Il avait compris que la méthadone me servait de bouée de secours, juste pour me tenir la tête hors de l'eau. Il n'exerçait aucune pression sur moi. Ce n'était pas du sérieux.

La méthadone a un effet pernicieux

La consommation d'héroïne, en plus de la méthadone, ne pose absolument aucun problème. Même une consommation massive n'entraîne pas de conséquence. Pour moi, il était plus difficile à me motiver d'arrêter de consommer lorsque j'étais en cure de méthadone. Avec un dosage élevé de méthadone, la consommation d'héroïne fait l'effet désiré, mais ne pose pas de problème, puisque la méthadone atténue ensuite le manque. Par contre, lorsque la dose de méthadone diminue et qu'une consommation d'héroïne survient, le consommateur ressent un manque massif, ce qui entraîne presque obligatoirement une augmentation de la dose de méthadone prescrite par le médecin. Dans l'optique "zéro", on ne peut se permettre aucune consommation, même occasionnelle. J'ai toujours été contre la méthadone, c'est pourquoi je ne l'ai utilisée qu'en dernier recours, comme bouée de sauvetage.
J'ai aussi pu constater que la dépendance à ce produit est bien plus violente que celle à l'héroïne. En en prenant, on est tous les jours plus ou moins pété au moment de la consommation, et on est tous les jours plus ou moins en manque 12 ou 24 heures plus tard. On reste dans

l'ambiance opiacés. Les symptômes sont les mêmes, t'es soit en manque soit pété, tu transpires pour un rien, les pupilles sont les mêmes, etc. Par contre, avec un dosage faible, je recommençais à être moi-même, les symptômes diminuaient. Mais il m'a quand même fallu près de 6 mois pour arriver à dormir à nouveau correctement.
Quand je suis arrivé dans l'institution ouverte, j'ai commencé à prendre ma méthadone dans un centre d'accueil dit à seuil bas. Ce n'était pas évident, car j'y rencontrais des gens qui avaient les mêmes problèmes que moi et il n'était pas rare de se fixer des rendez-vous pour se faire un extra. Après 3 mois, je suis allé chez un médecin privé en ayant la ferme intention d'entreprendre un sevrage progressif. Ce fut pour moi un pas supplémentaire important. Mon médecin m'a conseillé d'attendre un peu car, me disait-il, une cure de "métha" a plus de chance de réussir si elle dure entre 2 et 3 ans. Il disait se baser sur son expérience dans l'accompagnement de personnes toxicodépendantes et ne voulait pas que je me mette inutilement en danger.
Cette démarche me mettait mal à l'aise, car lorsque le médecin me demandait comment je me portais avec 1cc de moins, je ne pouvais pas lui avouer que j'en avais déjà enlevé 10 ou 15 depuis le début. Et même lorsque je suis arrivé à zéro, j'ai continué d'aller chercher ma dose à la pharmacie une fois par semaine, avant de la jeter dans les toilettes. Je voulais faire bonne impression à mon médecin, à la pharmacie et à la justice… Un jour, j'ai oublié d'aller chercher ma dose pour la semaine (dont je n'avais plus besoin depuis bien longtemps), et j'ai bien dû avouer à mon médecin que j'étais sevré. Depuis, on se voit encore environ une fois par mois, mais plus pour la "métha".
Dans le centre d'accueil à bas seuil, une diminution comme je l'ai pratiquée était impossible, car je devais boire mon sirop régulièrement devant eux. Alors que je pouvais diminuer les doses quand je les prenais hors du contrôle médical, je ne pouvais pas le faire lorsque la cure se déroulait de visu. Et je ne pouvais pas diminuer un jour et augmenter le lendemain. Le contrôle me forçait à garder toujours le même dosage.

Le rôle de la justice

Comme dit plus haut, je suis sous le régime d'un article 44 CPS. Je dois dire aujourd'hui que cette pression judiciaire a été pour moi un électrochoc et a eu un effet stimulant sur ma démarche de réinsertion. Je ne pouvais m'imaginer retourner en milieu carcéral.
Pour le shit, c'est différent, parce que la dépénalisation de sa consommation est déjà presque acquise. Je suis tout de même inquiet du service de livraison à domicile du shit que tu trouves via le net. Même si cela va peut-être mettre un frein au commerce de rue qui confronte l'acheteur à plein d'autres produits qu'il n'aurait pas achetés.

Les institutions sociales

Les institutions apportent obligatoirement quelque chose de positif, ne serait-ce que l'expérience de non-consommation. Dans chacune d'elle, j'ai découvert que j'étais capable de ne pas consommer d'héroïne. Je pouvais vivre sans, et c'est souvent déjà un grand enseignement. De plus, elles m'ont permis de reprendre conscience de mes capacités physiques. Mon parcours dans les institutions, je le vois un peu comme des petits sauts de puces. J'ai avancé étape par étape, en glanant ici et là ce que je pouvais. Au niveau de la consommation, j'ai connu celles où la consommation n'est tout simplement pas possible. C'est pas toi qui décides si tu veux consommer ou pas, car c'est interdit, et de toute façon tu ne sors pas. Il y a également celles où tu peux sortir et où c'est à toi de décider si tu veux consommer ou pas. Là, tu n'es pas forcé d'arrêter, tu n'es pas contrôlé; c'est à toi de décider.
Les institutions n'apportent pas toujours que du positif, notamment lorsqu'il n'y a plus qu'à mettre les pieds sous la table. Ce n'est pas nous rendre service que de distribuer le ticket pour le match de foot, l'entrée à la piscine et le billet de cinéma. En plus, la sortie d'institution est souvent un passage difficile à négocier, car tu te retrouves soudain seul dans ton petit appartement, face à tes problèmes et à tes responsabilités. C'est souvent l'effet pervers des institutions. Quand j'ai quitté les institutions fermées que j'ai fréquentées, d'un jour à l'autre je ne revoyais ni les éducs, ni les pensionnaires. Ce n'était pas évident.
En sortant du foyer ouvert où j'ai fait un séjour de 9 mois, j'ai continué, à ma demande, d'être suivi à l'extérieur. Et le réseau que j'ai mis en place avec l'institution fonctionne encore aujourd'hui.

Gérer les rechutes

La rechute est abordée de manière très différente d'une institution à une autre, et également d'un médecin à l'autre. Il y en a peu qui, à mon avis, discutent intelligemment de la rechute. J'ai connu l'institution qui sanctionne sans se préoccuper de l'évolution et du contexte. Dans un service médico-social, on constatait simplement que certaines prises d'urine étaient positives, sans plus.
J'ai toujours eu de la peine à parler de mes rechutes. J'ai une multitude de personnes avec lesquelles je peux en parler, mais lorsqu'elles se produisaient, je n'avais pas envie d'en parler.
Je n'y arrive pas; j'aime bien parler quand tout va bien. Les psys que j'ai rencontrés, je les voyais 5, 6 fois, mais je ne pouvais pas aller plus loin, je louvoyais. Si vraiment je venais à retraverser une période de rechutes, je m'adresserais en premier lieu à mon médecin pour trouver de l'aide.
Les envies de consommer n'ont pas totalement disparu et je ne peux pas affirmer que je m'en suis sorti une fois pour toutes. Je garde les pieds sur terre. Si je ne consomme plus, c'est en grande partie parce que je sais que je serai mal. Je n'ai plus de méthadone pour compenser le manque, alors je serai malade comme un chien. Sans méthadone, il est impossible de se dire "juste un p'tit".
Avec les projets qui se mettent en place, il est de plus en plus facile de résister. Avec le temps, il n'y a plus besoin de dire non, car ça devient logique. Le tout est de conserver mes plaisirs, de maintenir ce que j'ai mis en place, comme le fait de boire un verre sur une terrasse, de lire un bouquin.

La solitude

Lors de mon dernier séjour en institution, j'ai eu la chance de rencontrer une pensionnaire du foyer avec qui j'ai emménagé. Nous nous sommes séparés par la suite, mais cette liaison nous a permis de nous soutenir et d'éviter une trop grande solitude à la sortie. Je déteste me retrouver seul, et je sais que c'est mauvais pour moi. D'ailleurs lorsqu'elle m'a quitté, je venais de perdre mon job et me suis posé la question de savoir ce qu'il me restait. A une vitesse grand V, je me retrouvais seul. Alors je me suis dit que j'avais au moins mon appartement. Comme j'ai besoin qu'il y ait de la vie autour de moi,

j'ai immédiatement recherché un colocataire. Aujourd'hui, cette cohabitation se passe très bien et en plus j'ai retrouvé un travail.
Lorsque tu sors d'une institution, si t'es seul, tu galères. Il était important pour moi d'avoir quelqu'un qui porte les problèmes avec moi, qui soit là pour m'aider et me conseiller. Le soutien administratif a été très important pour moi, et je suis content d'avoir pu commencer à me remettre à jour dans l'institution. Le jour où tu reprends un appart, tout te tombe sur le coin de la figure. Alors mieux vaut y être préparé et avoir anticipé.

La place du travail

L'élément déterminant pour moi a été de retrouver un boulot qui me plaisait. Si le boulot m'ennuie, j'ai tendance à m'accorder des "compensations"... Par contre si le boulot me plaît, je suis heureux lorsque je rentre chez moi. Dans ce contexte, une consommation casse l'esprit positif de la journée!
Le plus important n'est pas l'aspect financier, mais bien le fait que je puisse trouver un plaisir que jusqu'ici je ne trouvais que dans l'héroïne. C'est triste à dire mais rien que le fait d'avoir un appartement, d'avoir le plaisir de l'entretenir, ça m'apporte de la satisfaction. J'ai eu la chance de pouvoir prendre à cette époque mon boulot pour un loisir, même si ce n'était financièrement pas rentable. De toute façon je n'ai pas besoin de beaucoup d'argent, car je n'ai jamais su comment le dépenser… en dehors de la dope. Pour la petite histoire, il m'arrivait en période de consommation, de me rendre à Zurich avec des copains pour acheter de la dope avec 1'000 francs en poche et de nous dire que si au moins on avait Fr. 4.50 de plus, on pourrait acheter des cigarettes.

d é p e n d a n c e s

• Vous aimez écrire?
• Vous avez envie de vous exprimer?
• Vous voulez faire part de votre expérience?

La revue "dépendances" reçoit volontiers vos textes, vos interventions, vos réflexions. Après lecture par le comité de rédaction, nous vous proposerons éventuellement une publication dans la rubrique "post-scriptum" ou dans le cadre d'un numéro "Tutti-frutti"

Les textes sont à envoyer à:
Rédaction de "dépendances", case postale 870, 1001 Lausanne ou case postale 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Editée par: SFA ISPA Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

GREA Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies

La méthadone, un levier important pour une prise en charge efficace des héroïnomanes

Jean-Jacques Déglon, médecin-directeur de la Fondation Phénix à Genève

Médicaliser les dépendances, on en parle de plus en plus. Ce concept, longtemps diabolisé, s'impose progressivement dans les différents milieux thérapeutiques en parallèle à l'action psychosociale. Même parmi ceux qui sont restés longtemps hostiles à tout traitement de substitution. En effet, l'épreuve de la réalité clinique est impitoyable. Face aux échecs répétés, aux crève-cœurs déprimants, aux illusions perdues, il faut revoir nos concepts théoriques et réviser nos hypothèses de travail.

L'exigence d'abstinence absolue après un sevrage rapide s'est malheureusement révélée assassine pour de nombreux héroïnomanes maintenant décédés des suites du sida, d'overdoses ou de suicides après un état déficitaire insupportable, neurobiologiquement programmé. Beaucoup d'autres, maintenant polytoxicomanes, traînent clochardisés et psychiquement handicapés.

Des thérapeutes courageux ont publiquement assumé leur conversion vers la médicalisation des prises en charge en reconnaissant l'erreur de leurs oppositions parfois passionnées aux traitements de substitution. Annie Mino en est un bon exemple. D'autres, bien que célèbres cliniciens, vont prendre une retraite douloureuse sans avoir pu faire cette démarche et en restant persuadés du bien-fondé de leur politique visant une rapide et totale abstinence. Peut-être pour fuir une trop forte culpabilité et éviter par ce déni une dépression trop importante s'ils devaient reconnaître une quelconque responsabilité dans toutes ces morts de patients trop rapidement sevrés, encore biologiquement et psychiquement "paralysés" à qui on a ordonné "prends ton lit et marche", sur un terrain pour eux truffé de problèmes sociaux, véritable champ de mines.

Du jugement moral à la prise en charge médicale

Pourquoi cet acharnement pendant 20 ans à exiger un rapide sevrage des drogues et le maintien d'une abstinence absolue en crucifiant toute médication de substitution?

Une des raisons majeures réside dans le manque de connaissance des bases neurobiologiques des dépendances, laissant la porte ouverte à toutes les hypothèses, même les plus farfelues, et aux préjugés. Longtemps, le toxicomane a été considéré comme un pervers jouisseur transgressant allègrement les puissants interdits sociaux du plaisir auxquels le commun des mortels reste sagement soumis. Mais pas, chez bien des gens, sans une certaine jalousie inconsciente. Ce sentiment explique peut-être l'agressivité fréquente que l'on observe à l'encontre des toxicomanes, envers la méthadone médiatisée comme une héroïne de synthèse, source supposée de plaisir de substitution, et donc à l'encontre des médecins prescripteurs, complices de cette soi-disant jouissance et longtemps condamnés comme des "dealers en blouse blanche". Porte-parole des idées du public, les journalistes ont largement contribué à renforcer ces préjugés. Philippe Bouvard, il y a quelques années, a bien illustré dans une de ses rubriques ce faux sentiment général de jouissance perverse en deux lignes assassines: "Aujourd'hui, on va donner de la méthadone aux toxicomanes et demain ce sera des enfants aux pédophiles".

Dans ce contexte moral générateur de sentiments agressifs envers les drogués, on comprend que durant des années, les seules prises en charge acceptables aient été d'une part la punition par l'incarcération ou la rééducation par l'isolement dans les centres thérapeutiques et, d'autre part, la rédemption dans la douleur par des cures de sevrage très rapides suivies de la nécessité d'une pureté

durable. Plus l'arrêt des drogues était douloureux, moins il ne devait y avoir de rechutes. Malheureusement, cette théorie n'a jamais pu être démontrée. Les écrits officiels parlaient de la voie facile des traitements de substitution par rapport au dur chemin de l'abstinence, le seul reconnu.
Plusieurs facteurs ont contribué ces dernières années à un changement radical des mentalités et à la médicalisation progressive des dépendances.

L'échec des cures de sevrage

Tout d'abord, l'échec habituel des prises en charge à visée d'abstinence à court ou moyen terme, malgré le soutien psychosocial et souvent des efforts désespérés des patients. Les évaluations nombreuses sur le plan international du devenir des anciens héroïnomanes sont déprimantes. Une grande majorité d'entre eux rechutent à plus ou moins court terme ou présentent une péjoration de leur qualité de vie parfois invalidante qui les pousse souvent à l'abus d'alcool, de tranquillisants ou de cocaïne.
Un état déficitaire est fréquemment observé à la suite d'un sevrage rapide des opiacés, surtout après une longue période de dépendance. Il est caractérisé par une angoisse profonde, des troubles du sommeil, une asthénie marquée, une grande fatigabilité, une irritabilité, une estime de soi médiocre, des difficultés relationnelles, une baisse des fonctions intellectuelles, des tendances dépressives, etc. Ce syndrome, maintenant bien défini, peut durer, de façon plus ou moins marquée, de quelques semaines à de nombreux mois. Parfois, il paraît même irréversible évoquant un dysfonctionnement durable des systèmes de régulation neurobiologiques complexes du cerveau après une trop longue ou trop forte exposition aux opiacés. L'inefficacité relative des antidépresseurs et des neuroleptiques à équilibrer cet état déficitaire, comparée à l'action "miraculeuse" des médications de substitution qui normalisent souvent en quelques heures les troubles observés, renforce l'hypothèse médicale d'une perturbation des fonctions des systèmes opioïdes.
Pendant longtemps, on a "psychodynamisé" à tort ce tableau déficitaire, parlant de l'angoisse de mort du toxicomane en sevrage ou du deuil impossible du toxique. Cela explique les échecs cruels de l'approche purement psychothérapeutique de ces états. Les théories psychanalytiques en matière de pharmacodépendance telles que le fameux stade du miroir brisé, étonnamment peu critiqué, se sont du reste effondrées comme des châteaux de cartes au fur et à mesure des nouvelles connaissances en neurobiologie ouvrant la voie à des approches plus médicalisées.

Les enseignements de la clinique

La clinique de la méthadone, que nous pratiquons depuis plus de 20 ans, nous a progressivement conduit à envisager sérieusement les hypothèses biologiques, malgré une formation psychanalytique et des premières années centrées exclusivement sur les psychothérapies.
Durant cette période, nous avons suivi plusieurs milliers de patients à court, moyen ou long terme avec la méthadone associée à un soutien psychosocial. Nous avons procédé à des centaines de sevrage de la méthadone, de façon très lentement dégressive. Malgré le fait que nous n'entreprenons cet "atterrissage progressif" que lorsque nous avons déblayé la piste de tous les obstacles sociaux, affectifs, familiaux et professionnels, pour éviter de le faire capoter, nous nous sommes fréquemment trouvés confrontés à un moment donné à de sérieuses turbulences. Parfois, il s'agit même d'un "crash", moment où la courbe descendante du dosage de la méthadone croise celle rapidement montante des analyses d'urine positives aux opiacés après des années de négativité. La dose de méthadone n'est plus portante et les symptômes du syndrome déficitaire se manifestent, rapidement insupportables avec un réveil des anciens réflexes conditionnés qui expliquent les rechutes. La situation clinique est toujours la même. Les patients se plaignent à un moment donné de mal dormir, d'être nerveux, sans entrain. La copine les menace de rupture, le patron d'un renvoi, etc. La réadaptation de la dose de méthadone au dosage adéquat efface ce tableau déficitaire dans pratiquement tous les cas dans les 24 à 48 heures.
Quelles que soient nos convictions théoriques et nos sentiments de toute puissance, la répétition de ces observations cliniques nous force à la modestie. Malgré nous, nous avons dû admettre au fil des années que l'action biologique de la méthadone prime largement nos talents psychothérapeutiques.
Newmann a publié déjà en 1979 une remarquable étude clinique qui illustre de façon éclatante cette problématique. Il serait difficile de la reproduire aujourd'hui pour des raisons éthiques. Pour juger de l'effet réel ou placebo de la méthadone par rapport aux autres éléments thérapeutiques du programme de prise en charge (soutien social, psychothérapie, cadre sécurisant, etc.), 100 patients en cure de méthadone et abstinents des opiacés depuis plusieurs années ont été répartis en deux groupes à leur insu et à celui de leurs thérapeutes. 50 ont continué à recevoir leur dosage normal de méthadone et 50 ont été sevrés sans le savoir de 1 mg par jour. En cas de rechute, après 6 urines positives pour l'héroïne, les sujets étaient exclus de l'étude et redosés normalement. Les résultats ont été sans appel. Alors que dans le groupe témoin sans baisse du dosage de la méthadone, le taux de rétention restait normal, dans le groupe en voie de sevrage, on a déploré, après 30 semaines, un taux de rechutes de 90 %. Un seul des 50 membres de ce groupe était encore dans l'étude après un an. Et ceci, malgré le renforcement des prises en charge sociales et psychothérapeutiques des soignants, impuissants à maîtriser la décompensation de leurs patients. Cette étude historique magistrale, confirmée par d'autres recherches scientifiques, renforce l'hypothèse médicale d'une importante base neurobiologique facilitant puis entretenant les dépendances.

L'importance du soutien psychosocial

Personne ne peut nier le rôle capital du soutien éducatif, psychologique et social dans la prise en charge des personnes dépendantes, même les plus fervents partisans des thèses biologiques.
L'amélioration spectaculaire fréquente des héroïnomanes dans les institutions résidentielles spécialisées a même longtemps pu faire illusion. On a pu croire qu'il suffisait de quelques mois, puis d'un à deux ans pour transformer des patients psychiquement fragiles en supermen et qu'il était alors possible de se passer de toute médication. Il faut remarquer que l'absence des réflexes conditionnés pour les drogues dans un cadre protecteur représente un important facteur de succès. Le second est la réduction massive du stress dans un environnement sécurisant, affectueux, sans soucis affectifs, financiers, de logement et de travail. Des dizaines d'études scientifiques ont confirmé que le stress favorise

la dépression, entre autres par la libération d'une hormone de stress stimulant le cortisol, autre hormone sécrétée par les surrénales. Les opiacés exercent une puissante action antistress. On comprend que nos patients, débordés par des affects anxieux et dépressifs, cherchent désespérément à les atténuer avec l'héroïne. Dans un milieu protégé, sans stress et sans tentation, les toxicomanes peuvent plus facilement maintenir une bonne abstinence et sortir de leur dépression entretenue non seulement par tous leurs problèmes psychosociaux mais aussi par l'usage répété des drogues.

Le problème est la sortie des institutions résidentielles si l'on n'envisage pas des séjours d'une durée illimitée dans un système type "Patriarche" ou dans un cadre de vie isolé et privilégié.

De retour dans le milieu naturel qui a conditionné la toxicomanie, bien des patients se trouvent confrontés à une réactivation des pulsions pour les drogues et à un stress d'autant plus important qu'il succède à une période sans soucis. Le manque d'argent pour poursuivre les loisirs initiés au centre, des difficultés relationnelles, des problèmes professionnels, un isolement affectif, etc., sont autant de causes expliquant l'importance de ce stress qui souvent réactive un état anxio-dépressif sous-jacent, facteur premier de rechute.

De remarquables travaux neurobiologiques, entre autres ceux menés par l'équipe de Mary Jeanne Kreek, ont démontré que le sevrage des opiacés entraînait une sensibilité durable au stress.

Déçus par les échecs fréquents de leurs anciens résidents, les responsables des centres spécialisés se sont efforcés de poursuivre le soutien psychosocial à la sortie de l'institution. Mais, de même qu'un prématuré demeure très fragile aux microbes lorsqu'il peut quitter l'isolette, un ex-toxicomane reste particulièrement vulnérable aux drogues en dehors des centres. Pour des raisons de mémoire chimique, une seule prise d'héroïne ou de cocaïne peut réactiver d'immédiates pulsions obsédantes et entraîner une grave rechute, au même titre qu'un ancien alcoolique qui boit ne serait-ce qu'un seul verre de vin.

La reconnaissance actuelle d'une problématique psychique fréquente chez les sujets dépendants, de plus en plus polytoxicomanes (alcool, tranquillisants, héroïne, cocaïne), permet de sortir des querelles de chapelle. Une guerre des thérapies a longtemps opposé les partisans du tout social ou du tout psychologique, refusant les médicaments qui "tuent la parole", aux militants du tout médical. Les premiers réalisent maintenant l'importance des difficultés psychiques de leurs clients, la fragilité de leur structure de personnalité et la possibilité d'une maladie dépressive ou psychotique à la base de leur toxicomanie. Ils comprennent mieux l'intérêt d'une prise en compte et d'un traitement à long terme de ces affections. Les seconds, souvent en échec avec leur seule prescription médicale, réalisent l'importance capitale d'un soutien conjoint sur le plan affectif, social et psychothérapeutique visant entre autres à limiter les facteurs de stress, donc de dépression, donc de rechute.

L'heure n'est plus aux prises de positions passionnées et à la primauté d'une action thérapeutique spécifique à l'exclusion des autres

Photo Interfoto

Une solution individuellement adaptée

Les bases de l'action biologique

Pour comprendre pourquoi la méthadone favorise le travail social, l'action psychothérapeutique, les relations affectives et le soutien professionnel, toutes aides autrement souvent vouées à l'échec, il convient de résumer ce que l'on sait actuellement de son action neurobiologique.

A un dosage individuellement adapté, la méthadone ne crée pas d'euphorie, ni de sédation chez un héroïnomane, en raison de la tolérance acquise aux opiacés et de la lente absorption de ce produit par voie orale. On a fait passer des tests psychomoteurs destinés aux pilotes d'avion à un groupe de patients sous méthadone. Ils les

ont mieux réussis que les sujets normaux, parce que moins nerveux. Si le dosage est suffisant, une seule prise par jour permet à la méthadone de se fixer de façon stable sur les récepteurs aux endorphines. 5 à 10% des patients, génétiquement métaboliseurs rapides, doivent la prendre en deux fois, matin et soir.
Comment expliquer cette remarquable action antistress, antidépressive et antipsychotique de la méthadone bien décrite par les cliniciens, surtout lors des premiers mois de traitement?
Outre l'effet stabilisateur sur les systèmes opioïdes, la méthadone agit au niveau des mécanismes de régulation des neuromédiateurs, tels que la sérotonine et surtout la dopamine. Un taux suffisant de ces neuro-hormones est important pour maintenir une humeur stable et une bonne estime de soi. La plupart des drogues utilisées par les toxicomanes augmentent la concentration de dopamine dans certaines régions du cerveau par des mécanismes d'actions différentes (cocaïne, héroïne, alcool, haschisch, nicotine, etc.). Les opiacés, en inhibant le système contrôlant les neurones à dopamine, stimulent ces derniers qui libèrent davantage de dopamine (blocage du frein = accélération).
En résumé, la méthadone, outre le fait qu'elle réduise considérablement les pulsions pour l'héroïne en se fixant durablement sur les récepteurs morphiniques "en manque", exerce aussi une remarquable action stabilisatrice sur le plan psychiatrique avec peu d'effets secondaires. Cette action lui confère donc un caractère beaucoup plus thérapeutique au sens curatif que simplement substitutif.

Amélioration du travail psychothérapeutique

Comment envisager une psychothérapie suivie efficace chez des patients alternativement en manque ou "défoncés"? Le stress quotidien, l'énergie dépensée pour trouver ses doses, les problèmes psychosociaux représentent tout autant de facteurs limitant la disponibilité psychique nécessaire au bon déroulement d'une psychothérapie. Les troubles dépressifs, l'anxiété ou les symptômes de manque constituent également une contre-indication à un travail analytique susceptible de décompenser un équilibre psychiquement déjà fragile. Sous l'effet des drogues, le patient est peu perméable à l'action psychothérapeutique. A peine se souvient-il d'être venu voir son thérapeute, pour autant qu'il ait pu se rendre à sa séance.
La méthadone, en restaurant un état de normalité, en facilitant le maintien d'une abstinence durable et en favorisant un bon équilibre psychosocial, permet un bien meilleur déroulement des psychothérapies, même à visée analytique pour les sujets qui peuvent en bénéficier.

Une action sociale efficace

Quel assistant social ne s'est-il pas déprimé au contact des toxicomanes? Combien, spécialisés dans ce domaine, ont-ils quitté ce secteur après épuisement?
La déception et l'agressivité face au client toxicomane sont de règle. On lui trouve un appartement après de nombreuses démarches et il se fait expulser en raison de son comportement inacceptable par les voisins. On l'aide financièrement et il court s'acheter de l'héroïne avec l'argent reçu. On finit par lui trouver un travail et il le sabote par ses arrivées tardives, ses vols, son agressivité en manque ou ses états de défonce.
Après une phase de méfiance idéologique due à leur mauvaise information, les assistants sociaux ont vite découvert l'intérêt pour eux des cures de méthadone bien conduites qui potentialisent efficacement leur action auprès des toxicomanes, dès lors capables pour la plupart de maintenir une abstinence durable et une bonne stabilité.

Rétablissement des relations affectives

L'héroïnomanie représente un véritable cercle vicieux. Alors que bien des toxicomanes sont dépendants affectivement de leurs parents, d'un ou d'une amie, et restent très sensibles aux marques de rejet, les prises de drogues vont progressivement les isoler.
La plupart des parents, trop angoissés, sont obligés à un moment donné, la mort dans l'âme, de couper avec leur enfant drogué pour ne pas sombrer dans la dépression. De même, les amis, le conjoint, la copine. Cette rupture va réactiver un sentiment d'abandon insupportable et aggraver les tendances dépressives avec pour conséquence une toxicomanie accrue. D'où le cercle vicieux.
La méthadone inverse ce cercle vicieux. Sous méthadone, les patients peuvent plus facilement parvenir à une abstinence durable, retrouver un équilibre psychique stable et maintenir une bonne qualité de vie. Les parents, le conjoint, l'ami (e), tout heureux, peuvent alors sortir de leur propre dépression et se montrer à nouveau capables d'affection et de tendresse. Ces sentiments hautement thérapeutiques favorisent à leur tour le maintien de l'abstinence. Le cercle vicieux est rompu.

Le maintien dans un réseau de soins

Nous ne craignons pas un léger marché noir de méthadone, facteur plutôt positif sur le plan de la santé publique. Nous n'avons jamais observé de néodépendance à la méthadone chez des jeunes qui auraient débuté leur toxicomanie par ce produit qui ne circule que quasi exclusivement dans le milieu des héroïnomanes. Les centres de traitement étant fermés la nuit, la possibilité de trouver dans la rue une substance de dépannage limite les agressions, les casses et les vols de sacs à main. De plus, les toxicomanes, parfois sujets à de sérieux préjugés sur la méthadone, découvrent l'intérêt de cette molécule, sa longue durée d'action, son absence d'effets sédatifs et ses propriétés psychiquement stabilisatrices. Beaucoup ont ainsi été motivés à entreprendre un traitement sérieux dans un programme spécialisé, en pouvant alors bénéficier de toute l'aide psychosociale disponible dans ces équipes.
On a beaucoup critiqué la dépendance à la méthadone. En fait, le besoin d'insuline ou de médicaments anti-épileptiques est bien plus dangereux, car l'arrêt de leur prise quotidienne peut entraîner la mort par coma ou crise de grand-mal, ce qui n'est pas le cas de la méthadone. Cette dépendance est donc relative et permet paradoxalement aux patients de retrouver une liberté appréciable.
La prescription de méthadone sous contrôle dans les centres ambulatoires spécialisés, au début quotidienne, puis plusieurs fois par semaine, favorise aussi des contacts réguliers avec les infirmières, les psychologues, les travailleurs sociaux et les médecins. Ces rencontres fréquentes se révèlent aussi hautement thérapeutiques.
Comment les patients jugent-ils eux-mêmes l'importance de la méthadone par rapport aux autres éléments de la prise en charge?
Lors d'une récente évaluation portant sur 371 sujets en traitement dans nos programmes, nous leur avons demandé quelle était l'importance des points suivants dans le maintien de leur équilibre:

l'assistance sociale, la psychothérapie, la méthadone en tant que médicament, les analyses d'urine, le contrat thérapeutique et la relation humaine avec les thérapeutes. Ils devaient mettre une note de 0 à 100 pour chacun de ces points. En tête, ils ont placé la méthadone avec une note de 94, conscients de la place capitale pour eux d'un médicament correctement dosé pris régulièrement le temps nécessaire. En deuxième position, ils situent la relation humaine avec les thérapeutes (note de 84) confirmant ainsi leurs besoins affectifs. L'aide de l'assistante sociale vient en troisième avec une note de 79. La psychothérapie est située pratiquement au même niveau que les contrôles d'urine (72 et 69). Enfin, les exigences du contrat thérapeutique, notées à 66, démontrent leur important besoin d'un cadre sécurisant.

L'héroïne, comme auto-médication

Pourquoi certains sujets sont-ils plus réceptifs aux drogues et deviennent-ils plus facilement toxicomanes alors que d'autres peuvent en faire un usage occasionnel sans devenir dépendants? La plupart des soldats américains dépendants des opiacés au Vietnam ont pu sans trop de difficultés se sevrer sans rechute une fois rentrés au pays dans leur famille, alors que d'autres sont restés prisonniers de l'héroïne ou psychiquement handicapés. Quelles en sont les raisons ?

On peut dire que tous ceux qui souffrent de difficultés psychiques, quelle qu'en soit leur origine, sont à haut risque de toxicomanie s'ils découvrent l'effet stabilisateur pour eux de certaines drogues qui agissent différemment suivant la nature des individus.

De nouvelles hypothèses génétiques sont actuellement proposées. Certains sujets souffriraient dès la naissance d'un défaut génétique se manifestant par le dysfonctionnement d'une endorphine particulière ou de l'un des nombreux neuromédiateurs chimiques fabriqués dans le cerveau. Il pourrait en résulter une forme de dépression masquée dès l'enfance, des troubles du contact avec les autres, un repli sur soi, une inhibition intellectuelle, des problèmes de concentration ou des troubles du comportement.

Les adolescents souffrant d'une problématique psychiatrique, d'un état limite (borderline), de troubles dépressifs, psychotiques ou de troubles obsessionnels et compulsifs par exemple se sentent beaucoup mieux sur le plan psychique, du moins au début, avec l'héroïne et sont tentés dès lors de perpétuer cet apaisement.

Nous sommes frappés par le nombre d'anciens enfants hyperactifs parmi les patients dans nos programmes de traitement, nettement plus important que dans une population normale. Le déficit d'attention et de concentration avec ou sans hyperactivité se révèle une maladie vraisemblablement génétique, caractérisée par un dysfonctionnement des systèmes à dopamine. Le traitement médical consiste en l'administration de Ritaline, un dérivé des amphétamines, qui augmente la disponibilité de la dopamine et paradoxalement calme ces enfants en équilibrant les symptômes dont ils souffrent. La Ritaline, également longtemps critiquée, représente donc un médicament nécessaire pour stabiliser une maladie métabolique d'origine probablement génétique. Non diagnostiqués, et non traités, les sujets souffrant de troubles de l'attention et de la concentration avec ou sans hyperactivité, s'ils découvrent par hasard l'héroïne, augmentant également le taux de dopamine, seront améliorés mais à haut risque de dépendance.

Certains adolescents souffrant de problèmes psychiques ont découvert par le sport intensif un moyen de stimuler leurs endorphines et de calmer leur mal-être avant de découvrir dans les drogues un moyen encore bien plus efficace d'auto-équilibre. D'où la sur-représentation des anciens sportifs parmi notre population de patients en traitement.

Le changement psychologique miraculeux décrit lors d'une première prise d'héroïne par bien de nos patients figurant dans l'un ou l'autre de ces groupes et souffrant de difficultés psychiques contraste avec l'indifférence habituelle de la plupart des malades qui ont dû recevoir de la morphine à l'hôpital et qui n'ont jamais ressenti l'envie de continuer à en user à leur sortie. Pour les premiers, c'est comme s'ils avaient vu en noir et blanc toute leur vie et que, sous opiacés, ils pouvaient enfin bénéficier d'une vision en couleur. On comprend dès lors leur acharnement à maintenir coûte que coûte cette nouvelle qualité de vie.

En conclusion, le thérapeute doit tenir compte de deux nécessités:

1. Nécessité de médicaliser la dépendance de certains toxicomanes

On doit accepter maintenant que la plupart des toxicomanes ne sont pas des pervers jouisseurs à punir, à isoler ou à sevrer rapidement mais des patients cherchant désespérément à auto-équilibrer différents troubles psychiques en partie dus à un dysfonctionnement neurobiologique. Dans bien des cas, ces difficultés apparaissent de plus en plus clairement d'origine génétique. De plus, ces troubles sont aggravés non seulement par l'action des drogues mais aussi par tous les problèmes affectifs, sociaux et familiaux engendrés et perpétués par la toxicomanie.

Pour ces patients, la notion d'affection chronique doit s'imposer et, avec elle, la nécessité fréquente du maintien d'un médicament équilibrateur dosé de façon adéquate qui doit être pleinement accepté au lieu d'être rejeté.

2. Nécessité d'une approche conjointe, médico-psychosociale

L'heure n'est plus aux prises de positions passionnées et à la primauté d'une action thérapeutique spécifique à l'exclusion des autres. L'addiction est un syndrome qui paraît unique mais dont l'étiologie est multiple. De plus, chaque toxicomane présente des besoins différents. Une solution individuellement adaptée doit donc être trouvée pour chacun en fonction de ses problèmes spécifiques. Pour cela, un bilan complet doit être effectué pour permettre d'identifier les problèmes médicaux, psychiques, affectifs, sociaux, familiaux, professionnels, intriqués comme facteurs préexistants ou secondaires à la toxicomanie et devant faire l'objet de réponses thérapeutiques spécifiques car ils sont susceptibles aussi de favoriser le maintien des conduites addictives.

Chaque toxicomane doit pouvoir facilement passer d'une forme de thérapie à une autre ou surtout les combiner si nécessaire. Il est donc indispensable de maintenir une pluralité de moyens pour répondre aux besoins très spécifiques de chaque patient pharmaco-dépendant, même si certaines prises en charge sont plus coûteuses.

En conclusion, le plus important est de permettre à chaque toxicomane d'avoir accès immédiatement à une forme de thérapie qui lui convienne, ou à plusieurs s'il le faut, le temps nécessaire, pour qu'il puisse rapidement retrouver un bon équilibre médico-psychosocial et qu'il réussisse à maintenir à long terme cette bonne qualité de vie.

***PS**: les références bibliographiques sont à commander au GREAT au 024/426 34 34*

COURS SEMINAIRES

Modules fordd

Problématique des addictions et santé communautaire
mardi 23 mai, mercredi 14, jeudi 15 juin
Intervenants:
Anne-Catherine Graber, Infirmière en santé publique et communautaire; diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales de Strasbourg, formatrice Ecole La Source - Philippe Laude, Educateur spécialisé, responsable de l'Action communautaire et toxicomanie, Vevey - Ilario Rossi, Docteur en sociologie et anthropologie - Christiane Treyer, Infirmière en santé publique et communautaire; diplôme d'enseignement ESEI; formatrice Ecole La Source.

•

Réduction des risques liés à la consommation de substances psychoactives
Jeudi 25 mai 2000, jeudis 8, 22, 29 juin
Intervenants:
C. Moeckli, directeur du Drop-In, Bienne - M. Monnat, Médecin interniste, Lausanne - T. Musset, Infirmier spécialiste clinique, Genève - C. Davidson, Médecin psychiatre, Genève - P. Maso, Infirmier, Genève

•

Introduction à la recherche et à l'évaluation dans le domaine de l'addiction (niveau 1)
Jeudis 21 septembre - 26 octobre - 23 novembre
Intervenants:
B. Broers, médecin, DAS/MC, Genève - B. Favrat, PMU/DAS, Lausanne - J. Besson, médecin, DAS, Lausanne - B. Yersin, médecin, CHUV, Lausanne - A-F. Chevalley, DAS, Genève - J-B. Daeppen, CHUV/DAS, Lausanne - B. Stoll, PMU, Lausanne; IMSP, Genève

•

Approche cognitivo-comportementale des addictions (niveau 2)
Lundis 23, 30 octobre, 6, 13 novembre
Intervenants:
Dr Christine Davidson, Genève - Arlette Perrin, psychologue, Genève - Françoise Bourrit, psychologue, Genève, Dr Marina Krokar, Genève

•

Aborder les problèmes de dépendances dans le cadre de l'atelier socio-professionnel
lundi 4, mardi 5, mercredi 6 septembre
Intervenants:
Ernst Servais, ASL, Eupen, Belgique - Michel Graf, ISPA, Lausanne - Maître socio-professionnel invité

Pour information: fordd - cp 638 - Yverdon - 024/426 34 34 - fax 024/426 34 35

Perfectionnement professionnel GREAT/ARIA

Migrations et dépendances
2 jours - 9 et 10 mai
Avec la participation de Leïla Chala, Claudio Bolzmann et Jean-Claude Métraux

•

Construire des actions de partenariat avec des usagers
1 jour - le 18 mai, puis 3 x 1/2 jour
Jean-Claude Métraux et Miguel De Andrès

•

Etablir et gérer un rapport collaboratif avec le patient
5 x 1/2 jour - début le 22 mai
Charly Cungi

•

Enjeux éthiques des diagnostics médicaux: VIH/SIDA et hépatites
1 jour - 12 septembre
Martine Monnat et Claude de Jonckheere, accompagnés de médecins spécialistes

•

Promouvoir une éthique de la responsabilité
1 jour - 27 septembre
Avec la participation de Claude de Jonckheere, Jean-Pierre Garbade et Nicolas Heller

•

Travailler avec les émotions après le sevrage
2 jours - 23 et 24 novembre
Frédéric Neu

•

Réduire les risques liés à l'injection et prévenir les overdoses
2 jours - 6 et 7 décembre 2000
Jacqueline Reverdin, Chantal Berthet et Emmanuel Ducret

Renseignements et inscription:
GREAT/ARIA, Pêcheurs 8,
case postale 638, 1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34, fax 024/426 34 35

Journées de sensibilisation ISPA

La communication non violente ou créative selon Marshall Rosenberg
samedi 6 mai
Animation:
Laurence Brunschweiler, enseignante agréée du centre pour la communication non violente.

•

Séminaire destiné aux parents
les samedis 13 et 20 mai 2000
Animation:
Viviane Prats, ISPA

Renseignements et inscription:
ISPA, Département Prévention, Danielle Ayer, CP 870, 1001 Lausanne, 021 / 321 29 85,
e-mail: dayer@sfa-ispa.ch